



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE



PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

GIRLEIDE DE JESUS SANTOS

**O TRABALHO PROFISSIONAL DO(A) ASSISTENTE SOCIAL
NAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE
ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM CÂNCER:
determinações, contradições e mediações**

**São Cristóvão – SE
2024**

GIRLEIDE DE JESUS SANTOS

**O TRABALHO PROFISSIONAL DO(A) ASSISTENTE SOCIAL
NAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE
ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM CÂNCER:
determinações, contradições e mediações**

Dissertação apresentada ao Departamento de Serviço Social e ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Serviço Social, sob a orientação da Prof^a. Pós-Doc. Silmere Alves Santos.

São Cristóvão/SE

2024

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S237t	Santos, Girleide de Jesus O trabalho profissional do(a) assistente social nas organizações da sociedade civil de atendimento às pessoas com câncer : determinações, contradições e mediações / Girleide de Jesus Santos ; orientadora Silmere Alves Santos. – São Cristóvão, SE, 2024. 184 f. : il. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, 2024. 1. Serviço social. 2. Assistentes sociais – Pesquisa. 3. Câncer - Pacientes. 4. Assistência social - Sergipe. 5. Trabalho qualificado. 6. Associações, instituições, etc. - Sergipe. I. Santos, Silmere Alves, orient. II. Título. CDU 364.4:616-006.6
-------	--

GIRLEIDE DE JESUS SANTOS

**O TRABALHO PROFISSIONAL DO(A) ASSISTENTE SOCIAL
NAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE
ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM CÂNCER:
determinações, contradições e mediações**

Dissertação apresentada ao Departamento de Serviço Social e ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Serviço Social, sob a orientação da Prof^a. Pós-Doc. Silmere Alves Santos.

DATA DE APROVAÇÃO: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Pós-Doc. Silmere Alves Santos (Orientadora)
Universidade Federal de Sergipe

Prof^a. Dr^a. Catarina Nascimento de Oliveira (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. Alison Cleiton de Araújo (Examinador Externo)
Universidade Federal de Goiás

Prof^a. Dr^a. Tereza Cristina Pires Favaro (Examinadora Suplente)
Universidade Federal de Goiás

Não me iludo
Tudo permanecerá do jeito que tem sido
Transcorrendo, transformando
Tempo e espaço navegando todos os sentidos
Pães de Açúcar, corcovados
Fustigados pela chuva e pelo eterno vento
Água mole, pedra dura
Tanto bate que não restará nem pensamento
Tempo rei, ó, tempo rei, ó, tempo rei
Transformai as velhas formas do viver
Ensinaí-me, ó, pai, o que eu ainda não sei
Mãe Senhora do Perpétuo, socorrei

(Gilberto Gil)

AGRADECIMENTOS

“Aquilo que eu tenho preparado pra você, a sua imaginação não consegue prever, ore outra vez, busque outra vez, tente só mais uma vez...”

Revisitar as memórias dos últimos dois anos me fez olhar para o processo de mestrado com gratidão, os desafios foram muitos, mas Deus sussurrava o tempo inteiro “tente só mais uma vez”.

À Deus, fonte inesgotável de amor e misericórdia, que revigora e dá forças. Quem como Deus?

À minha mãe, pelo amor incondicional, por acreditar nos meus sonhos e me incentivar aos estudos. Obrigada por todo o esforço empenhado, esse título também é seu!

Ao meu amor Evânio Ricardo, pelo incentivo constante desde o momento da inscrição e, ao longo destes dois anos, foi apoio direto e indireto para a conclusão desta caminhada. Esse mérito também é seu!

À minha orientadora Prof^a. Silmere, por ter me acolhido para acompanhar nesta jornada de superação de limites e que, com o notável profissionalismo e a inteligência inquestionável conduziu os caminhos. Silmere tornou-se uma das pessoas que admiro profundamente, obrigada pelo respeito às minhas escolhas, pela sensatez e o carinho com que conduziu esse processo.

À Prof^a. Catarina, que também me supervisionou no estágio de docência e que contribuiu muito para minha caminhada acadêmica. Extremamente educada, inteligente e amorosa, é daquelas professoras que a gente ama sem esforço, que nos dar afeto sem que tenhamos pedido, algo extremamente raro na brutalização da vida cotidiana.

Ao Prof. Alisson Cleiton e Prof^a. Josefa Lusitânia, que com seus conhecimentos e experiências contribuíram para o enriquecimento desta pesquisa na banca de qualificação. Também agradeço pela disponibilidade da Prof^a. Tereza Cristina em integrar a banca de defesa e agregar ainda mais conhecimentos!

A todos que compõem o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS), meu carinho e gratidão, em especial ao funcionário Walter, pela gentileza e disponibilidade de sempre!

A todos que, direta ou indiretamente, estiveram comigo nessa trajetória. Valeu a pena, valeu muito a pena! Muito obrigada!

RESUMO

A presente pesquisa se propôs a analisar as determinações e contradições do trabalho do(a) assistente social no terceiro setor, especificamente aquelas voltadas para o atendimento de pessoas com câncer: adultos, crianças e adolescentes, no Estado de Sergipe. A investigação foi orientada pelo materialismo histórico-dialético e buscou a compreensão do objeto de estudo através da análise sócio-histórica considerando a conjuntura neoliberal e sua atualização, o chamado ultra neoliberalismo, bem como suas consequências para a sociedade, tendo em vista a transferência das responsabilidades do Estado para as organizações da sociedade civil. Assim, a pesquisa efetivou-se por meio da abordagem quali-quantitativa que tem como percurso metodológico o desvelamento da história e o tratamento das informações da realidade social sob a fundamentação da teoria, buscando desvelar as mediações, contradições inerentes à sociedade capitalista. Para tanto, foram utilizadas a pesquisa bibliográfica e documental que permitiram a consulta a diferentes fontes, como relatórios de estágio arquivados no DSS/UFS e Repositório online da UNIT, revisões sistemáticas da bibliografia, realizadas no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES e no Google Acadêmico; bem como documentos de uma das instituições que atuam no atendimento às pessoas com câncer. Pontua-se que, nesse contexto é preconizado o poder autorregulador das forças capitalistas para restabelecer o ajuste entre oferta e demanda de trabalho; e também, avesso à intervenção do Estado no Plano econômico e social, sendo este caracterizado como um Estado mínimo, excludente, sucateado e que não prioriza as políticas sociais, estas que tem se tornado cada vez mais fragmentadas e compensatórias, tendo em vista a valorização da iniciativa privada. Esses fatores implicam tanto no campo de formação, quanto no exercício profissional de assistentes sociais, visto que, constitui-se uma relação contraditória, enquanto profissionais inseridos na divisão social e técnica do trabalho, sendo impostas respostas imediatas, estas que, na maioria das vezes, são restritas a percepção instrumental e superficial, desprezando a totalidade da realidade. Trata-se, portanto, de uma conjuntura permeada por desafios, onde o(a) assistente social concretiza sua intervenção frente às expressões da questão social, no processo complexo das mudanças societárias que incidem sobre o cotidiano das instituições e sobre os projetos profissionais. No caso específico do trabalho do(a) assistente social nas organizações da sociedade civil em Sergipe, constatou-se que o(a) profissional se defronta cotidianamente com a destituição de direitos sociais, a despolitização da questão social, o desfinanciamento das políticas sociais e a falta de condições objetivas e subjetivas de trabalho. Assim, coloca-se como desafio para o(a) assistente social, a materialização do trabalho em consonância com o projeto da categoria profissional, visto que, a tendência à refilantropização implica em práticas conservadoras, sendo necessário mediações a partir das dimensões constitutivas da profissão para a ultrapassagem de práticas imediatistas e conservadoras.

Palavras-chave: Trabalho profissional; Serviço social; Organizações da sociedade civil; Atendimento às pessoas com câncer.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo analizar las determinaciones y contradicciones del trabajo de los trabajadores sociales del tercer sector, específicamente aquellos enfocados a la atención a personas con cáncer: adultos, niños y adolescentes, en el Estado de Sergipe. La investigación se guió por el materialismo histórico-dialéctico y buscó comprender el objeto de estudio a través del análisis sociohistórico considerando la situación neoliberal y su actualización, el llamado ultraneoliberalismo, así como sus consecuencias para la sociedad, con miras a la transferencia de responsabilidades del Estado a las organizaciones de la sociedad civil. Así, la investigación se realizó a través de un enfoque cuali-cuantitativo, que tiene como camino metodológico el develamiento de la historia y el tratamiento de la información sobre la realidad social con base en la teoría, buscando revelar las mediaciones y contradicciones inherentes a la sociedad capitalista. Para ello, se utilizó investigación bibliográfica y documental, que permitió la consulta de diferentes fuentes, como informes de prácticas archivados en el DSS/UFS y en el repositorio en línea de la UNIT, revisiones sistemáticas de la bibliografía, realizadas en el Catálogo de Tesis y Disertaciones de la CAPES y en Google. Académico; así como documentos de una de las instituciones que trabajan para la atención de personas con cáncer. Se señala que, en este contexto, se aboga por el poder autorregulador de las fuerzas capitalistas para restablecer el ajuste entre la oferta y la demanda laboral; y también, reacio a la intervención estatal en el Plan económico y social, que se caracteriza por ser un Estado mínimo, excluyente, desechado, que no prioriza las políticas sociales, cada vez más fragmentadas y compensatorias, con miras a la valorización del sector privado. Estos factores tienen implicaciones tanto en el ámbito de la formación como en el ejercicio profesional de los trabajadores sociales, ya que se constituye una relación contradictoria, como profesionales insertos en la división social y técnica del trabajo, imponiendo respuestas inmediatas, que, en la mayoría de los casos, se restringen a la percepción instrumental y superficial, desconociendo la totalidad de la realidad. Se trata, por tanto, de una situación permeada de desafíos, donde el trabajador social implementa su intervención frente a las expresiones de las problemáticas sociales, en el complejo proceso de cambios societarios que afectan el cotidiano de las instituciones y los proyectos profesionales. En el caso específico del trabajo de los trabajadores sociales en organizaciones de la sociedad civil en Sergipe, se constató que el profesional enfrenta diariamente la privación de derechos sociales, la despolitización de las cuestiones sociales, el desfinanciamiento de las políticas sociales y la falta de políticas objetivas y condiciones subjetivas de trabajo. Así, el desafío de los trabajadores sociales es materializar un trabajo acorde con el proyecto de la categoría profesional, dado que la tendencia a la refilantropización implica prácticas conservadoras, requiriendo una mediación basada en las dimensiones constitutivas de la profesión para superar las prácticas miopes y conservadoras.

Palabras Clave: Trabajo profesional; Servicio social; Organizaciones de la sociedad civil; Atención a personas con cáncer.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Levantamento de relatórios de estágio	86
QUADRO 2 - Serviços, projetos e programas institucionais da AVOSOS	105
QUADRO 3 - Serviços, projetos e programas institucionais do GACC.....	108
QUADRO 4 - Serviços, projetos e programas institucionais da AAACASE	109
QUADRO 5 – Instrumentais utilizados pelas instituições.....	132

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sexo, período de 2000 - 2018	89
Gráfico 2 – Local de residência.....	92
Gráfico 3 – Tipos de neoplasias AVOSOS.....	93
Gráfico 4 – Tipos de doenças hematológicas AVOSOS.....	93
Gráfico 5 – Tipos de neoplasias e doenças hematológicas GACC	94
Gráfico 6 – Área de abrangência	94
Gráfico 7 – Gênero AAACASE	97
Gráfico 8 – Local de residência AAACASE	98
Gráfico 9 – Tipos de neoplasias AAACASE	98
Gráfico 10 – Área de abrangência AAACASE.....	99
Gráfico 11 – Renda per capita dos cadastrados na AVOSOS.....	99
Gráfico 12 – Renda per capita dos cadastrados no GACC.....	100
Gráfico 13 – Renda per capita dos cadastrados na AAACASE	102
Gráfico 14 – Percentual de beneficiários que acessam os benefícios	103

LISTA DE SIGLAS

AAACASE	Associação de Apoio ao Adulto com Câncer de Sergipe
AVOSOS	Associação dos Voluntários a Serviço da Oncologia em Sergipe
ABRALE	Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CNDCA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
EC	Emenda à Constituição
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FGV	Fundação Getúlio Vargas
GACC	Grupo de Apoio a Criança com Câncer de Sergipe
HUSE	Hospital de Urgências de Sergipe
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IAPB	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPSE	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado
IAPETEC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Trabalhadores em transportes e Cargas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IOF	Imposto sobre Operações Financeiras
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
LFEC	Lei Feminina de Educação e Combate ao Câncer
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MP	Medida Provisória
MPS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MROSC	Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil

MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho Estatal
PENSSAN	Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional
PEC	Proposta de Emenda a Constituição
PIS	Programa de Integração Social
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNDOP	Política Nacional de Atenção Oncológica Pediátrica
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
SESP	Secretaria Especial de saúde
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Supremo Tribunal de Justiça
TFD	Tratamento Fora de Domicílio

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 O OBJETO, CONTEXTO E MÉTODO DE PESQUISA	17
2 CONJUNTURA, HISTORICIDADE E SUAS RELAÇÕES COM OBJETO DE PESQUISA	26
2.1 Determinações da sociedade capitalista neoliberal e suas articulações com as organizações da sociedade civil	26
2.2 Expressões da questão social, política de saúde e condições socioeconômicas das pessoas com câncer.....	41
2.3 Direitos, serviços e benefícios à pessoa com câncer	56
2.4 O viver com câncer e a humanização do atendimento	64
3 ONG'S DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM CÂNCER EM SERGIPE: requisições profissionais do trabalho de assistentes sociais.....	74
3.1 Espaços sócio-ocupacionais	74
3.2 Perfil socioeconômico dos sujeitos com câncer e seus familiares	85
3.3 Particularidades das condições objetivas e subjetivas do trabalho da assistente social no atendimento às pessoas com câncer.....	110
3.4 Instrumentalidade como mediação e dimensões do trabalho do(a) assistente social no atendimento às pessoas com câncer.....	121
4 ANÁLISES HISTÓRICO-DIALÉTICAS DO TRABALHO PROFISSIONAL: determinações, contradições e mediações.....	141
4.1 Trabalho do serviço social na contemporaneidade: ultrapassando o conservadorismo, imediatismo e o fatalismo	141
4.2 Diferentes respostas às expressões da questão social: interesses de grupos médicos em torno da questão do câncer no Brasil	149
CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	170
FONTES DOCUMENTAIS DA PESQUISA.....	183

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo dessa pesquisa refere-se ao trabalho do(a) assistente social nas Organizações da Sociedade Civil do Estado de Sergipe, particularmente aquelas voltadas ao atendimento de pessoas com câncer: adultos, crianças e adolescentes, considerando como parâmetros para esta análise as particularidades e contradições imbricadas na conjuntura do neoliberalismo. A análise da inserção dos(as) assistentes sociais nessas instituições, possibilita compreender de que modo o trabalho profissional participa da efetivação das ações.

Essa pesquisa volta-se ao aprofundamento de uma temática que instigou meu interesse desde a Graduação em Serviço Social, tendo seu desenvolvimento iniciado a partir da experiência do Estágio Extracurricular vivenciada no espaço sócio-ocupacional de uma Organização da Sociedade Civil. Todavia, no processo de produção do Trabalho de Conclusão de Curso ficou perceptível a escassez de conteúdos que abordassem a referida temática. Ao deparar-me com essa constatação, conclui que se tornava necessário o aprofundamento de alguns pontos a respeito do trabalho do(a) assistente social nas Organizações da Sociedade Civil de atendimento à pessoa com câncer, sobretudo, no que diz respeito às dimensões teórico-metodológica, ético-política, técnico-operativa, pedagógica e investigativa na efetivação do exercício profissional.

Minha ânsia em pesquisar e o fato de ser uma assistente social recém-formada também me estimulou a explorar e compreender mais a respeito das questões que permeiam o exercício profissional do(a) assistente social nesse espaço sócio-ocupacional específico, delimitando para a pesquisa o trabalho profissional nas Organizações da Sociedade Civil. Destarte, isso remete-se ao fato de, na experiência de estágio citada anteriormente, ter observado as dificuldades dos(as) profissionais em reconhecer as delimitações do seu espaço de trabalho, bem como as dimensões constitutivas (teórico-metodológicas, técnico-operativa, ético-política, investigativa e pedagógicas).

Enquanto concepção teórico-metodológica, a pesquisa está orientada pelo materialismo histórico-dialético, que possibilita o desvelamento das relações sociais estabelecidas no sistema capitalista, servindo como percurso para conhecer a

realidade das organizações da sociedade civil e o Serviço Social inserido nesse espaço sócio-ocupacional. Serão realizadas as análises das categorias trabalho profissional, terceiro setor, neoliberalismo, ultra neoliberalismo, divisão sócio e técnica do trabalho, instrumentalidade, mediação, multidisciplinaridade, dimensões do fazer e da formação profissional, entre outras.

Essa pesquisa busca contribuir com a construção do conhecimento científico acerca da atuação do Serviço Social em espaços sócio-ocupacionais das Organizações da Sociedade Civil, enquanto profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, como forma de reforçar a luta pelos direitos da classe trabalhadora; das pessoas com câncer, posto que retrata o contexto vivenciado por elas, em uma conjuntura de destituição de direitos sociais e refilantropização dos serviços públicos ou de parcerias público-privado. Em contradição à emergência diante de um diagnóstico tão cruel e assustador, onde o pronto e imediato tratamento representa a vida ou a morte.

Trata-se de uma pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PROSS, inserida na linha de pesquisa “trabalho, formação profissional e Serviço Social”, que poderá contribuir para fomentar debates e reflexões, como também subsidiar futuras pesquisas acadêmicas e ações de extensão, de modo a fortalecer a luta contra o trabalho precarizado vivenciado pelos(as) profissionais de Serviço Social na atual conjuntura, onde prevalece a destituição de direitos e o desfinanciamento das políticas públicas.

As seções que se seguem buscam explicitar os desafios do trabalho do(a) assistente social no âmbito das Organizações da Sociedade Civil, a contribuição deste(a) no enfrentamento das expressões da questão social e, dentro desse viés, como os desafios vão se metamorfoseando, concomitantemente ao desenvolvimento econômico, político e cultural, que são elementos profundamente imbricados e articulados ao capitalismo, no cenário de luta de classes.

A dissertação está dividida em quatro seções: na primeira são apresentadas a problemática de pesquisa, a relevância científica e social do tema investigado, a hipótese norteadora, os objetivos, geral e específicos, além do método e dos procedimentos metodológicos que direcionaram a execução da pesquisa.

Na segunda seção, fruto da pesquisa bibliográfica, é realizada a análise da conjuntura inerente ao projeto neoliberal, a desresponsabilização do Estado no trato com as expressões da questão social e a transferência da oferta dos serviços sociais

para as Organizações da Sociedade Civil. Analisou-se também, como esses processos trazem transformações para o mundo do trabalho e redimensionam tanto as demandas sociais, quanto as políticas sociais nas quais atuam o Serviço Social; e seus impactos sobre os direitos, serviços e benefícios da pessoa com câncer, bem como as configurações objetivas e subjetivas causadas pela doença. Além disso, sintetiza a abordagem integral e o trabalho multidisciplinar com o intuito de ultrapassar o conservadorismo, o imediatismo e o individualismo na profissão, favorecendo a humanização dos procedimentos, sobretudo, na escuta e na acolhida.

Na terceira seção nos debruçamos sobre a análise do trabalho profissional do(a) assistente social nas Organizações da Sociedade Civil, utilizando como fontes de pesquisa relatórios de estágio curricular em Serviço Social, vinculados às instituições GACC (Grupo de Apoio à Criança com Câncer) e AVOSOS (Associação dos Voluntários a Serviço da Oncologia em Sergipe), campos de estágio da UFS (Universidade Federal de Sergipe) e da UNIT (Universidade Tiradentes); documentos disponibilizados pela AAACASE (Associação de Apoio ao Adulto com Câncer de Sergipe) e; teses e dissertações disponibilizadas no Catálogo da CAPES e no Google Acadêmico. Partimos de um breve histórico do Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão sócio e técnica do trabalho, trazendo as particularidades das condições objetivas e subjetivas do trabalho do(a) assistente social, bem como a aplicabilidade dos instrumentos e as atribuições do Serviço Social no acolhimento e na oferta desses serviços. Além disso, também foi apresentado o perfil biopsicossocial dos(as) assistidos(as) pelas instituições e seus familiares, as condições socioeconômicas e o mapeamento dos benefícios acessados por eles(as).

Na quarta seção, as análises serão direcionadas para a construção de uma nova síntese, destacando as possibilidades de politização das expressões da questão social com enfoque do trabalho do(a) assistente social nas Organizações da Sociedade Civil de atendimento das pessoas com câncer. Analisam-se as mediações, determinações e contradições para ultrapassagem da perspectiva no atendimento caso a caso, para possibilidades de organização coletiva, para luta e defesa dos direitos de saúde e do direito à vida das pessoas com câncer. Pautando a qualificação da formação em Serviço Social e a análise crítica da realidade social, como estratégias de enfrentamento e prestação dos serviços para além dos interesses institucionais. Bem como, trataremos do futuro das Organizações da Sociedade Civil no Brasil, parcerias público-privadas, das possibilidades de ampliação dos serviços

públicos oncológicos no Estado de Sergipe e os enfrentamentos judiciais via Ministério Público.

A pesquisa não se esgota com o conhecimento aqui produzido, pois a realidade que foi estudada está inserida no processo sócio-histórico, este que é variável, se metamorfoseando conforme cada conjuntura. Isso possibilita que outras análises possam ser realizadas para a continuidade do estudo do objeto, seja reforçando com resultados, seja refutando-os ou apresentando novas tendências. Podendo o estudo ser utilizado para o debate sobre o universo das Organizações da Sociedade Civil, possibilitando a interlocução com outros estudos, sobre a particularidade e singularidade do trabalho do(a) assistente social, a fim de corroborar para o direcionamento crítico e compreensão das implicações de cada conjuntura para o acesso aos direitos, para a manutenção das políticas sociais e para as condições de vida da classe trabalhadora, bem como suas repercussões no trabalho do(a) assistente social.

1 O OBJETO, CONTEXTO E MÉTODO DE PESQUISA

O câncer é considerado, na atualidade, a segunda causa de morte no mundo, principalmente, nos países desenvolvidos. De acordo com as estimativas do Instituto Nacional de Câncer – INCA, o Brasil deverá registrar 704.080 mil novos casos de câncer para cada ano do triênio 2023-2025.

O INCA preconiza ainda, que o câncer é um termo que abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou outros órgãos. Multiplicando-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo.

Não obstante, o câncer surge a partir de uma mutação genética, isto é, de uma alteração no DNA da célula, que passa a receber informações errôneas no desempenho de suas ações. As deformações podem ocorrer em genes especiais, os quais são denominados proto-oncogenes, que a princípio são inativos em células normais. Todavia, quando ativados, os proto-oncogenes tornam-se oncogenes, estes últimos, por sua vez, são responsáveis por transformar as células normais em células cancerosas.

Por conseguinte, o órgão ressalta que o processo de formação do câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, de forma geral, desenvolve-se lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e dê origem a um tumor visível. Ademais, as implicações cumulativas de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são as responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor.

É enfatizado ainda, que devem ser consideradas as peculiaridades individuais, que ora facilitam, ora dificultam a instalação do dano celular, visto que, esse processo é composto por três estágios, os quais configuram-se como estágio de iniciação, estágio de promoção e estágio de progressão. No entanto, o estágio de iniciação caracteriza-se como a fase a qual os genes sofrem ação dos agentes cancerígenos, que provocam modificações em alguns de seus genes. Nessa fase, as células se encontram geneticamente alteradas, contudo, ainda não é possível se detectar um tumor clinicamente.

Já no estágio de promoção, as células são geneticamente alteradas, isto é, iniciadas, sofrem o efeito dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores. Nesta fase, a célula que foi iniciada no primeiro estágio será transformada em célula maligna, de forma lenta e gradual. A última etapa denomina-se como estágio de progressão, o qual se caracteriza pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nesse estágio, o câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença.

Em contraste, o INCA evidencia que o câncer não tem proveniência única, isso porque, existem as causas ambientais, que são consequências da sociedade industrializada que destrói o meio ambiente, bem como aquelas de origem interna, como hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas, por exemplo. Além disso, indubitavelmente, o envelhecimento natural do ser humano traz mudanças nas células, tornando-as mais vulneráveis ao processo cancerígeno. Esse parâmetro, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas ao longo da vida aos diferentes fatores de risco para o câncer, esclarece, em parte, o motivo pelo qual o câncer torna-se mais comum nessa etapa da vida.

De acordo com os dados do órgão, especificamente no Brasil, os relatos sobre a existência da doença remontam a antiguidade, na qual, por causa do desconhecimento a respeito do tratamento, o câncer era considerado uma doença de pequena incidência e incurável. Nas primeiras descobertas, o mesmo era visto pelos médicos como um mal que atingia todo o corpo e era consequência de um desequilíbrio orgânico, de fatores ambientais e hereditários.

No que concerne às políticas de saúde no século XX, para os(as) responsáveis pela elaboração da mesma, o câncer era um problema médico que estava se expandindo, entretanto, seu controle deveria ser restrito a medicina curativa de base hospitalar e as ações pontuais de propagandas sanitárias, as quais preconizavam a importância do diagnóstico precoce e o tratamento especializado.

Nesse ínterim, somente nas últimas décadas desse mesmo século, no contexto das mudanças que ocorriam no sistema de saúde brasileiro, o câncer passou a ser considerado como um caso de saúde pública e não poderia ser enfrentado restritamente com práticas terapêuticas. Neste viés, até os dias atuais, o câncer continua presente no centro de debates das políticas públicas de saúde, a promoção de hábitos saudáveis e ações de prevenção tornaram-se premissas bastante enfatizadas para o seu controle.

No tocante ao Estado de Sergipe, as estimativas realizadas pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA para o triênio de 2023-2025 retrataram 6.450 novos casos, contabilizados na taxa de incidência. Além disso, os homens são acometidos, principalmente, pelos cânceres de próstata, pulmão, cólon e reto. Já nas mulheres, os cânceres de maior incidência são de mama, colo do útero, cólon e reto.

Em conformidade com essas constatações, de maneira a prevenir a doença, os órgãos responsáveis desenvolvem estratégias de vigilância, assim como realizam implementações da política pública de saúde com ações de combate ao câncer. As pessoas acometidas pela doença no Estado são encaminhadas para os hospitais de referência que fazem parte do Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com o tratamento que foi direcionado pelos(as) especialistas.

Segundo os dados do Governo de Sergipe, os hospitais públicos de referência para o tratamento de câncer no Estado são: o Hospital de Cirurgia que possui serviço especializado em oncologia e hematologia, e fornece o tratamento de radioterapia. O Hospital de Urgências de Sergipe - HUSE, o qual possui serviço especializado em oncologia adulta e pediátrica, e oferta o tratamento de quimioterapia e radioterapia. E o Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, que possui serviço especializado para doenças hematológicas e oferta quimioterapia.

No que diz respeito às Organizações da Sociedade Civil¹, no Estado de Sergipe existem inúmeras que fornecem atendimento às pessoas com câncer no processo de enfrentamento da doença, as instituições que serão estudo dessa pesquisa, são exemplos disso. Atuando com projetos e oferta de serviços de assistência às pessoas portadoras de câncer em tratamento oncológico, configuram-se como instituições sem fins lucrativos, mantidas por doações e trabalho voluntário.

Em semelhança com os argumentos expostos anteriormente, no ponto de vista do Inca (2016, p. 53), “a questão da saúde na sociedade brasileira tem sofrido um processo de alterações em sua dimensão política e social, a partir da introdução de um conjunto de medidas e processos que contribuíram para modificar a relação da

¹ Cabe salientar que, o terceiro setor constitui-se parte das expressões do projeto neoliberal, o mesmo surgiu no Brasil a partir dos anos de 1970, instigando o fomento às instituições de caráter filantrópico e assistencial as quais se unem aos movimentos sociais para cobrar medidas que amenizem os problemas sociais e as desigualdades. Nesse hiato, mediante a grave crise político-institucional no país, os desafios para os profissionais de Serviço Social foram intensificados no processo da divisão social e técnica do trabalho, inclusive no terceiro setor, sendo este um espaço que corresponde à redefinição do papel do Estado no Brasil. Assunto que será abordado de forma mais aprofundada na seção 2 da dissertação.

entidade hospitalar com o(a) paciente”. Dentre os(as) profissionais inseridos(as) nesse processo de alterações na dimensão política e social está o(a) assistente social, que realiza atendimentos na concepção de abordagem multidisciplinar ao(a) paciente acometido(a) com câncer. Posto que, o câncer, por ser uma doença que frequentemente gera nos indivíduos negações, angústias e incertezas, as pessoas acometidas pela doença necessitam de toda a rede de apoio, na qual se inclui o(a) assistente social.

Conquanto, levando em consideração que a atuação do(a) assistente social nesta área ainda é minimamente explorada, esta pesquisa tem o intuito de responder às seguintes questões: de que forma se efetiva o trabalho do(a) assistente social nas Organizações da Sociedade Civil, considerando a conjuntura neoliberal, as reformas na política de saúde pública, as dimensões constitutivas (teórico-metodológica, técnico-operativa, ético-política, investigativa e pedagógicas), o projeto político da categoria profissional e os desafios enfrentados no atendimento às pessoas com câncer no Estado de Sergipe? Quais as possibilidades para ultrapassar o atendimento de demandas imediatas e o sentido utilitário da prática profissional, de cada caso é um caso? Como ultrapassar, através do trabalho profissional, o atendimento às requisições institucionais? Quais os rebatimentos da visão filantrópica nas condições objetivas e subjetivas do trabalho profissional, enquanto inseridos na divisão sociotécnica do trabalho?

De maneira a chegar às respostas para as questões que instigaram esta pesquisa, foi delimitado como objetivo geral:

- Analisar as determinações que recaem sobre o trabalho do(a) assistente social em Organizações da Sociedade Civil, no tocante às dimensões constitutivas, na particularidade do atendimento às pessoas com câncer em contradição à defesa da política pública de saúde enquanto um direito social, numa conjuntura neoliberal.

E como objetivos específicos:

- Analisar a conjuntura relacionada à política de saúde no Brasil no contexto neoliberal, de extrema direita no poder que leva à refilantropização das políticas sociais ou na venda de um produto a ser vendido.

- Investigar através de um levantamento sobre o perfil biopsicossocial dos(as) assistidos(as), as orientações e ações que são ofertadas sobre a doença, com o intuito de desencadear um processo reflexivo nos(as) assistidos(as) e seus familiares no processo de tratamento e/ou cura da doença.
- Identificar através de fontes documentais, de que forma as demandas se originam nas instituições e como se legitima a aplicabilidade dos instrumentos e atribuições que norteiam o trabalho do(a) assistente social no acolhimento e na oferta de serviços;
- Analisar as particularidades das condições objetivas e subjetivas do trabalho do(a) assistente social em Organizações da Sociedade Civil.

Em vista do conhecimento acumulado e das aproximações empíricas sobre as temáticas que permearam o objeto do presente estudo, construiu-se a seguinte hipótese orientadora: as dimensões teórico-metodológica, ético-política, técnico-operativa, investigativa e pedagógica de modo articulado, reconhecendo a particularidade de cada uma, permite a compreensão da realidade social de modo mais aproximado da sua totalidade, bem como possibilita a criação de estratégias para o alcance de uma intervenção crítica e reflexiva do trabalho do(a) assistente social nas instituições. Entretanto, considerando a conjuntura e o contexto econômico, social e político, o trabalho de assistentes sociais em Organizações da Sociedade Civil, profissionais inseridos na divisão sociotécnica do trabalho, é permeado por inúmeros desafios, onde o(a) profissional lida com a destituição de direitos sociais, reduções de financiamento de políticas sociais, o fundamentalismo religioso e a visão funcionalista do voluntariado, fatores estes que acirram as expressões da questão social e direcionam profissionais à trabalhos precarizados.

A respeito da relevância desta pesquisa, no que concerne ao âmbito profissional, a mesma traz uma leitura significativa das intervenções e transformações sociais na vida dos sujeitos a partir da oferta de serviços por meio da aplicabilidade das dimensões teórico-metodológica, ético-política, técnico-operativa, pedagógica e investigativa. Neste viés, o referido estudo torna-se imprescindível tanto para a vida acadêmica, quanto para a ciência e a sociedade, porque aprofunda o debate sobre o

trabalho do(a) assistente social em Organizações da Sociedade Civil.

Os momentos de investigação sobre o trabalho profissional são primordiais para o processo de desconstrução de práticas conservadoras, bem como são essenciais para a luta pela reafirmação dos direitos sociais e para a organização política dos(as) trabalhadores(as), que no caso desta pesquisa, refere-se aos(às) assistentes sociais. Além disso, diante dos desafios impostos pela conjuntura atual, os quais se manifestam de forma desenfreada, o estudo contribuirá com a produção de conhecimentos acerca das questões evidenciadas.

Para o alcance dos objetivos propostos, afim de responder às indagações da pesquisa e do conhecimento do objeto em suas múltiplas determinações, a unidade da diversidade que comporta as dimensões da singularidade, da particularidade e da universalidade (NETTO, 2009), o método de abordagem que a fundamentou foi o materialista histórico-dialético. Visto que, o mesmo possibilitou investigar a realidade do(a) trabalho profissional para além da aparência, pelo estudo da sua ação recíproca, da contradição e das mudanças que ocorrem na sociedade.

O método materialista histórico-dialético aproxima-se da totalidade em um movimento de apreensão do real, através da superação da imediatez. Essa perspectiva de totalidade, por sua vez, possibilita o entendimento das múltiplas determinações impostas ao objeto, assim como a sua dinâmica e as contradições. Pereira e Francioli (2011) retratam que:

O materialismo dialético, de base materialista, procura, por meio de um método dialético, compreender as transformações sociais que ocorrem na sociedade, sendo este inseparável do materialismo histórico. A partir do momento que ocorre uma transformação ou mudança também se transforma e muda a história por meio da ação do homem sobre a natureza. Sendo assim, o materialismo histórico e dialético é um método de análise do desenvolvimento humano, levando em consideração que o homem se desenvolve à medida que age e transforma a natureza e neste processo também se modifica. (Pereira e Francioli, 2011, p. 4).

A partir deste método o que está em questão são as transformações econômicas e sociais, as quais são determinadas pela evolução dos meios de produção e reprodução social. Assim, a investigação tem que se aproximar da matéria, nas suas particularidades, analisando seus diferentes modos de desenvolvimento e desvelar a ligação existente entre elas. Só depois de concretizada essa etapa, é que se torna possível descrever, adequadamente o movimento do real.

Quanto aos objetivos, esta pesquisa caracterizou-se por ser do tipo exploratória com abordagem quali-quantitativa, intencionando proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo sobre o tema, que se caracteriza por ser pouco explorado (Gil, 2008).

A abordagem qualitativa, de acordo com as premissas de Minayo (2010), se aplica ao estudo da história, das representações, crenças, percepções e opiniões. São produtos das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, além de permitir desvelar processos sociais que ainda se fazem pouco conhecidos. Já a quantitativa, por sua vez, de acordo com Michel (2005), é um método de pesquisa social que faz uso da quantificação nas modalidades de coleta de informações e faz o seu tratamento mediante técnicas estatísticas.

No tocante aos procedimentos técnicos, foram utilizados dados primários (fontes documentais) e dados secundários (fontes bibliográficas). Para Gil (2002, p. 45) “a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”. Já a vantagem da pesquisa documental, para o referido autor, consiste, dentre outras coisas, na riqueza e estabilidade das fontes e dos dados.

No que diz respeito aos dados primários, foi realizada a pesquisa documental, a qual teve como fonte, a análise de relatórios de estágio arquivados na sala de leitura da Universidade Federal de Sergipe e no repositório on-line da Universidade Tiradentes, com o intuito de identificar como se legitima a aplicabilidade dos instrumentos que norteiam a atuação do(a) assistente social no processo de acolhimento e na oferta de serviços, bem como identificar de que forma as demandas se originam nas instituições. Também foram analisados documentos disponibilizados pela Associação de Apoio ao Adulto com Câncer de Sergipe (Comprovante de Inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social; Utilidade Pública Estadual; Utilidade Pública Municipal; Estatuto Social; Projetos e programas; Relatório; Estatísticas 2022; Formulário de Empréstimo; Doação de Cesta Básica Annual; Doação de Sutiã + Prótese Mamária; Lista de medicamentos diversos entregues para assistidos).

Quanto aos dados secundários, recorreremos a revisões sistemáticas da bibliografia relacionada ao tema, realizadas no Catálogo de Teses e Dissertações da

CAPES, onde foram utilizados como descritores: Organizações da Sociedade Civil e Serviço Social; Terceiro Setor e Serviço Social; Politização da Questão Social; Trabalho do(a) assistente social no terceiro setor. Utilizamos também o Google Acadêmico e consultamos livros que permitiram uma reflexão teórica, a fim de analisar a conjuntura relacionada à política de saúde no Brasil no contexto neoliberal, de extrema direita no poder que leva à refilantropização das políticas sociais ou na venda de um produto a ser vendido.

A exploração bibliográfica permitiu também apreender as particularidades das condições objetivas e subjetivas do exercício profissional do(a) assistente social inserido nas Organizações da Sociedade Civil em Sergipe, em geral, o qual se insere no contexto das relações sociais, e como consequência, contempla as múltiplas determinações e contradições do sistema capitalista, assim como as particularidades da profissão.

Para a organização e tratamento dos documentos citados anteriormente, recorreu-se à análise de conteúdo, a qual possibilitou que as informações coletadas no período da pesquisa fossem observadas não somente com objetividade, mas com o intuito de compreender o que estava além do que foi exposto, isto é, analisar o que não ficou explícito.

Na análise qualitativa é a presença ou ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração. Nesta perspectiva, “a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça” (Bardin, 1977, p. 44).

Em consonância com as ideias da autora, a análise de conteúdo foi realizada em três fases, que foram a fase de pré-análise, a qual permitiu avaliar o que fazia sentido analisar e as informações que ainda necessitavam ser coletadas. Conforme a explicação de Bardin (1977), constitui-se a fase de organização propriamente dita. Para a autora, a pré-análise corresponde ao período de intuições e tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

A segunda fase da análise de conteúdo que foi seguida configurou-se como a fase de codificação ou exploração do material, onde os dados foram sistematicamente transformados e agrupados em unidades que permitiram uma descrição exata das

características relevantes do conteúdo. Bardin (1977) contextualiza que:

Tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices (Bardin, 1977, p. 103).

Na última etapa da análise de conteúdo foi realizada a categorização, também denominada como fase de tratamento e interpretação dos dados, caracterizando-se como a classificação dos resultados da pesquisa em um conjunto, por diferenciação, onde foram agrupados conforme as categorias, como trabalho profissional (condições de trabalho, estrutura) e suas dimensões, terceiro setor, neoliberalismo e ultra neoliberalismo, abordagem integral e trabalho multidisciplinar com os parâmetros previamente definidos. Bardin (1977) destaca que: “classificar elementos em categorias, impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir o seu agrupamento, é a parte comum existente entre eles” (Bardin, 1977, p. 118).

Como consequência da aplicação desses procedimentos técnicos, em seguida é apresentada na seção dois, os aspectos conjunturais e históricos e suas relações com o objeto desta pesquisa; a seção três apresenta as particularidades e aspectos da singularidade do trabalho profissional de assistentes sociais em Organizações da Sociedade Civil do Estado de Sergipe, evidenciando o plano da imediatez e suas demandas institucionais. Seguindo para a fase analítica em uma perspectiva histórico-dialética da particularidade do trabalho profissional, a seção quatro destaca as determinações, contradições e mediações problematizando os retrocessos, avanços e tendências para ultrapassagem do conservadorismo, imediatismo e fatalismo, tendenciando para o compromisso com o avanço do processo de reconceituação do Serviço Social brasileiro.

2 CONJUNTURA, HISTORICIDADE E SUAS RELAÇÕES COM OBJETO DE PESQUISA

2.1 Determinações da sociedade capitalista neoliberal e suas articulações com as organizações da sociedade civil

É sabido que o surgimento do terceiro setor, bem como a profissão de Serviço Social possuem determinações que são intrínsecas ao cenário da crise estrutural do capital e ao processo de reestruturação. Esse parâmetro implica em uma dinâmica que estabelece novas configurações na relação entre o Estado e a sociedade, seja política, econômica, cultural e social. Analogamente, as relações entre o Estado e Sociedade só podem ser apreendidas dentro da percepção sócio-histórica e suas mediações, assim como mediante a luta de classes.

Cabe destacar que, a crise do capitalismo se concretiza de forma inseparável do próprio modo de produzir e de se reproduzir do capital, visto que, sua estrutura gera desequilíbrio de interesses e de necessidades entre as classes. Segundo Duarte (2007):

É essencial considerar que o capitalismo contém em si o germe da crise, pois a dissonância entre produção social coletiva e sua apropriação privada por uma minoria privilegiada engendra mecanismos de exploração e dominação de uma classe sobre a outra, o que conduz a desigualdade e ao conflito entre burguesia e trabalhadores (Duarte, 2007, p. 23).

Em suma, desde a segunda década do século XIX, o capitalismo passa por inúmeras crises periódicas, chamadas de crises cíclicas, as quais revelam a incapacidade do sistema capitalista em assegurar a exploração do trabalho, a circulação mercantil e de concorrência, e ao mesmo tempo manter os conflitos gerados pelo antagonismo de classes sob controle. Destarte, as crises são inevitáveis e inerentes ao capitalismo, sendo cíclicas devido ao próprio funcionamento do sistema, as causas para estes desequilíbrios são dinâmicos e variam conforme cada fase do capitalismo.

Segundo Marx e Engels (1998, p. 11-12) as crises cíclicas são respaldo da “civilização em excesso, meios de subsistência em excesso, indústria em excesso, comércio em excesso”. Em outras palavras, a sociedade tem sua base alicerçada no crescimento econômico, cuja base é a acumulação ilimitada, sendo as demandas de

produção e consumo necessárias para o regular funcionamento do sistema e, quando esse processo é desregulado, as crises são geradas. Isto é, quando a produção e o consumo se autonomizam, a discrepância entre os dois acentua a crise.

Para a classe trabalhadora fica perceptível o congelamento do salário, a formação do exército industrial de reserva e, em contrapartida, a classe dominante enriquece. Dessa forma, as crises se tornam um círculo vicioso, onde estas duas forças antagônicas tendem a se reconfigurar, a classe dominante através de novos instrumentos de dominação e exploração, e a classe trabalhadora através de reivindicações.

De acordo com Mészáros (2002), o que se pode analisar historicamente é que as implicações que vêm à tona nos momentos agudos desse tipo de crise podem, ao serem transpostas, no momento seguinte, servir de alavancas para o aumento exponencial no poder aparentemente ilimitado de autopropulsão do capital.

Sob essa ótica, percebe-se que a desvalorização do capital é um mecanismo contra a própria estagnação, a qual é superada através de um novo ciclo, caracterizado pela gestação de um novo período de crise. Por isso, pode-se afirmar que a crise tem um papel vital no modo de reprodução do sistema capitalista, na medida em que recompõe as condições de crescimento da produção para um novo período de acumulação.

Assim, como forma de obter uma resposta para a crise do capitalismo, inicia-se um movimento de reorganização do capital, o qual configura-se como um processo permeado de alterações no modo de produção, na organização dos trabalhadores, além das mudanças no modo de intervenção do Estado, redesenhando o perfil do capitalismo contemporâneo. Neste viés, estas mudanças ficaram conhecidas como transformações societárias, já que permeavam a cultura, o social, econômico e político.

Essas transformações materializaram-se no desdobramento do projeto neoliberal, o qual caracteriza-se como uma estratégia hegemônica de reestruturação do capitalismo, com o intuito de ampliar a acumulação capitalista e superar a crise. Consoante às ideias de Netto (2012), o projeto neoliberal se expressa sob as premissas do capitalismo “[...] ‘flexibilização’ (da produção, das relações de trabalho), da ‘desregulamentação’ (das relações comerciais e dos circuitos financeiros) e da ‘privatização’ (do patrimônio estatal)” (Netto, 2012, p. 417).

Neste sentido, ressalta-se que, o neoliberalismo propõe ao capital um novo

reordenamento econômico, ideológico e político. Conforme os apontamentos de Anderson (1955):

O neoliberalismo é um movimento ideológico, em escala verdadeiramente mundial; trata-se de um corpo de doutrina coerente, autoconsciente, lucidamente decidido a transformar todo o mundo à sua imagem, em sua ambição estrutural e sua extensão internacional. O neoliberalismo apresenta-se como força ideológica oferecendo a ilusão de ser a única alternativa sócio-histórica para a humanidade (Anderson, 1995, p. 23).

A premissa dessa conjuntura é de que as liberdades individuais são garantidas pela liberdade de mercado e de comércio. No entanto, o que se percebe é que os efeitos redistributivos e a desigualdade social crescente são fatores que persistem no neoliberalismo e podem ser considerados estruturais em relação a esta conjuntura como um todo.

Harvey (2005) destaca que o neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido a partir das liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos à propriedade privada, livres mercados e livre comércio. Na visão do autor, o papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas.

Para o autor, nessa conjuntura é priorizada a significação das relações contratuais no mercado, sendo que, o bem social é maximizado quando se maximizam o alcance e a frequência das transações de mercado, procurando enquadrar todas as ações humanas no domínio do mercado. Pode-se interpretá-la como um projeto utópico de realizar um plano teórico de reorganização do capitalismo ou como um projeto político de reestabelecimento das condições de acumulação capitalista e de restauração do poder das elites econômicas.

Outrossim, esse contexto é destrutivo para o âmbito do trabalho, especificamente no Brasil, já que a classe trabalhadora se desarticula e vivencia um processo passivo, sem questionamento a respeito das transformações e sem organização coletiva, fatores estes que comprometem a realização de mediações entre conjuntura sócio-histórica e as particularidades do cotidiano.

Isso ocorre, dentre outros fatores, por causa da acumulação capitalista que atende aos interesses econômicos e políticos da elite. Conforme apontado por Barroco (2015), nessa conjuntura, “a moralização das expressões da questão social,

típica do (neo)conservadorismo, não é dirigida prioritariamente ao ajustamento dos indivíduos, mas à sua punição” (Barroco, 2015, p. 629).

O neoliberalismo transformou e intensificou a degradação do trabalho e da vida social com sua intervenção na regulamentação das relações trabalhistas e suas formas de organização, atingindo significativamente as condições da classe trabalhadora e das esferas excluídas da sociedade. Conforme Barroco (2015), ao materializar-se na exploração, na dominação, na desigualdade, na violência objetiva e subjetiva, a acumulação capitalista e o neoliberalismo criaram as bases concretas para a reprodução social da barbárie manifesta em ideias, valores e comportamentos.

No debate dominante, esses argumentos aprofundam-se com a seguinte contextualização de Duarte (2007):

Há um refluxo dos trabalhadores e dos movimentos sociais viabilizado pelo aumento do poder da burguesia em detrimento da redução do poder do trabalhador: desorganização, desmobilização, segmentação e descredito, proporcionado pelas mudanças do mundo do trabalho. O ataque ao trabalho engendra uma retração do movimento trabalhista, alcançando retrocessos de conquistas históricas. É assim que o projeto neoliberal ganha força e adesão (Duarte, 2007, p. 35).

Desse modo, salienta-se que, o projeto neoliberal diminui consideravelmente a intervenção do Estado na área social, o que contribui para abrir espaço para a participação da sociedade na execução de políticas sociais, dando início ao surgimento do terceiro setor, o qual emerge a partir desse reordenamento das funções do Estado e assume o protagonismo na intervenção da questão social e na despolitização das relações capitalistas contemporâneas.

As corporações imperialistas, o grande capital, implementam a erosão das regulações estatais visando claramente à liquidação de direitos sociais, ao assalto ao patrimônio e ao fundo público, com a “desregulamentação” sendo apresentada como “modernização” que valoriza a “sociedade civil”, liberando-a da tutela do “Estado protetor” — e há lugar, nessa construção ideológica, para a defesa da “liberdade”, da “cidadania” e da “democracia” (Netto, 2012, p. 422).

As atividades que são exclusivas do âmbito estatal são restritas, permeando a ideia de Estado Liberal. De acordo com Pereira (1997, p. 23), cabe somente ao Estado, “legislar (definir leis), impor a justiça, manter a ordem, policiar e defender o país, representá-lo no exterior, arrecadar impostos, regulamentar atividades

econômicas e fiscalizar o cumprimento das leis”. Assim, o projeto neoliberal encontrou no “terceiro setor” uma maneira de dar respostas às carências deixadas pelo Estado no que diz respeito às políticas básicas, sendo estas respostas dadas de forma pontual e paliativa.

Na contemporaneidade, o debate a respeito do terceiro setor é permeado de polêmicas, originadas de compreensões divergentes quanto às estratégias de intervenção nas expressões da questão social. Neste contexto, existem duas tendências que se distinguem e constituem projetos societários diferentes, as quais configuram-se de um lado, como uma tendência conservadora e, de outro, uma tendência crítica e de totalidade, a qual busca a apreensão dos fenômenos a partir das múltiplas determinações que envolvem a realidade.

Na concepção conservadora e neoliberal, o terceiro setor seria constituído da sociedade civil organizada que tinha o papel de intervir no contexto das expressões da questão social, numa perspectiva de refilantropização, de solidariedade, caridade e de assistencialismo². Todavia, a premissa preconizada pela referida tendência seria de que, nem a esfera estatal, nem o mercado conseguem dar conta das mazelas sociais crescentes na atualidade, sendo o terceiro setor chamado a intervir no âmbito social, apresentando-se com princípios os valores da solidariedade e do voluntariado. De acordo com Duarte (2007):

A tendência dominante/conservadora desconsidera as condições sócio-históricas contemporâneas de crise do capital e de busca de hegemonia, mistificando a realidade a partir de um debate não-crítico que valoriza uma possível união entre as classes e um discurso de democracia e cidadania nos limites do capitalismo. O conflito, as diferenças de interesses, a heterogeneidade fundante da sociedade civil/burguesa, composta por classes que divergem social, política e economicamente, faces que perpassam o terceiro setor, são encobertas pelo discurso atraente da solidariedade, do voluntariado em defesa explícita do capitalismo mundializado (Duarte, 2007, p. 52).

Convém evidenciar que, o termo terceiro setor surgiu pela primeira vez nos Estados Unidos através da iniciativa do empresário John D. Rockefeller III, em 1978.

² De fato, à hipertrofia da dimensão/ação repressiva do Estado burguês conjuga-se outra dimensão, coesiva e legitimadora: o *novo assistencialismo*, a *nova filantropia* que satura as várias iniciativas — estatais, privadas e estatal/privadas, mediante as chamadas “parcerias público-privado” — que configuram as políticas sociais implementadas desde os anos 1980-90 para enfrentar o quadro da pauperização contemporânea, isto é, da “questão social”, “velha” e/ou “nova” (Netto, 2012, p. 428).

No caso específico do Brasil, o mesmo teve seu início a partir da iniciativa da Fundação Roberto Marinho, e está fundamentado na fragmentação da realidade de setores, onde o primeiro setor se configura como o Estado, o segundo setor está atrelado ao mercado e o terceiro setor, a sociedade civil.

Nessa concepção de compaixão e voluntariado, desde o ano de 1543, o Brasil já tinha a primeira referência de uma entidade assistencial, a Santa Casa de Misericórdia. Na década de 1930, conhecida como o Estado Novo, durante o governo de Getúlio Vargas, as entidades da época foram regulamentadas por uma legislação que enfatizava a utilidade pública das instituições. A Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935, foi uma das primeiras legislações que qualificava as organizações sem fins lucrativos, a qual deixava explícito em seu primeiro artigo que, as sociedades civis, as associações e as fundações constituídas no país com o fim exclusivo de servir desinteressadamente à coletividade podiam ser declaradas de utilidade pública. Além disso, neste mesmo período houve a formação do Conselho Nacional de Serviço Social - CNSS, em 1938, que também estabelecia que as organizações teriam direito de receber subsídios e auxílios estatais.

A implantação do Regime Militar no Brasil contribuiu para uma consolidação cada vez maior das entidades. Posteriormente, após o fim da Ditadura Militar e a retomada da democracia no país, o Estado passou a adotar o neoliberalismo, que caracteriza a diminuição do Estado na intervenção das expressões da questão social, e o terceiro setor, por seu lado, passou a assumir um papel de extrema importância frente às demandas sociais.

Nesta perspectiva, nas décadas de 1970 e 1980 o terceiro setor começou a ganhar força, todavia, foi nos anos de 1990 que aconteceu o verdadeiro “boom” no surgimento de várias organizações não-governamentais, tornando-se comum o uso do termo “terceiro setor”. De acordo com o estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, nessa época foram criadas 62% das organizações. E, entre os anos de 1996 e 2002, essas entidades cresceram 175%, foram de 105 para 206 mil organizações.

Em vista do ponto anteriormente exteriorizado, Falconer (1999) reforça que, se nas décadas de 1970 e 1980 os maiores desafios das organizações do terceiro setor eram a sobrevivência em um ambiente político hostil e a conquista de reconhecimento público para suas causas. Para o autor, na década de 1990 a legitimidade e a credibilidade do setor advêm de sua competência em agir com eficiência na prestação

de serviço.

Em 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso, foi proposto o Plano Diretor da Reforma do Aparelho Estatal – PDRAE. Essa proposta de reforma consistia numa tentativa de transformar a gestão pública, levando em conta a burocracia do serviço público. As políticas defendidas nesse plano acentuavam a transferência de algumas funções do Estado para a sociedade civil. Cabendo ao estado, por seu lado, apenas o exercício dos serviços públicos essenciais, fiscalização e incentivos fiscais.

Nesse intento, as argumentações utilizadas para a aceitação da referida proposta era a crise na qual o Estado encontrava-se, sendo a aplicação do plano apresentada como uma solução viável para a otimização do serviço público. Além disso, era enfatizado que quanto menos funções de responsabilidade do Estado, mais eficiência. De acordo com os apontamentos de Pinto (2021), redefinir o papel do Estado seria, segundo a lógica governamental, fazer com que ele abandonasse a responsabilidade direta pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. Para a autora, a reforma do Estado significava transferir para o setor privado as atividades que podiam ser controladas pelo mercado.

A referida reforma possuía como estratégias o corte dos gastos sociais, desregulamentação da força de trabalho, intensificação das privatizações e políticas que favoreciam a liberdade do capital. A partir dessa ofensiva neoliberal ocorreram as mudanças relacionadas às responsabilidades sociais do Estado, onde este as transferiu para o terceiro setor, através de incentivo e fomento.

Essa ofensiva materializa-se na tendência privatista das políticas sociais sob os pressupostos de serviços que não eram de exclusividade do Estado e na parceria estabelecida entre ele e o terceiro setor. Behring (2003) sublinha que a maneira como a reforma do Estado foi conduzida, traduz-se na versão brasileira de uma estratégia de inserção passiva e a qualquer custo na dinâmica internacional e representa uma escolha político-econômica, uma escolha bem ao estilo de condução das classes dominantes brasileiras ao longo da história.

Com o notável crescimento de novas organizações, foi criada uma nova lei para qualificar as Organizações da Sociedade Civil de interesse público, sem fins lucrativos, a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, a qual institui em seu art. 3º os seguintes requisitos:

Art. 3ª A qualificação instituída por esta Lei, observado em qualquer caso, o princípio da universalização dos serviços, no respectivo âmbito de atuação das Organizações, somente será conferida às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujos objetivos sociais tenham pelo menos uma das seguintes finalidades:

I - promoção da assistência social;

II - promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico;

III - promoção gratuita da educação, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;

IV - promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;

V - promoção da segurança alimentar e nutricional;

VI - defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável;

VII - promoção do voluntariado;

VIII - promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza;

IX - experimentação, não lucrativa, de novos modelos sócio-produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito;

X - promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar;

XI - promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais;

XII - estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito às atividades mencionadas neste artigo.

XIII - estudos e pesquisas para o desenvolvimento, a disponibilização e a implementação de tecnologias voltadas à mobilidade de pessoas, por qualquer meio de transporte (Brasil, 1999, p. 1).

É mister salientar, que com o apoio estatal e midiático, às organizações da sociedade civil tem tido um crescimento constante, se expandido em diferentes áreas, como a saúde, a assistência social, educação, meio ambiente, entre outros, configurando-se como ação voluntária e, na maioria das vezes, como mercado de trabalho, ainda que de forma precária. Englobando, por sua vez, entidades com natureza distintas, como fundações, associações, instituições filantrópicas, todavia, que se encontram inseridas na lógica do capitalismo, as quais buscam dar respostas para as expressões da questão social, através da oferta de serviços em parceria com o Estado.

Em conformidade com os pressupostos de Duarte (2007), os fundamentos do terceiro setor encontram-se enraizados, particularmente, na contrarreforma do Estado, uma das dimensões das respostas do capital ao processo de crise instalado desde pós-1970. No discurso e na lógica da contrarreforma do Estado, a publicização

é a estratégia que viabiliza o deslocamento de responsabilidades com a questão social do âmbito estatal para as Organizações da Sociedade Civil, levando ao surgimento do discurso da inovação no trato às expressões da questão social.

Através desse discurso de inovação, em 2014 foi criado o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil – MROSC, regulamentado pela lei nº 13.019 de 31 de julho de 2014, sancionada pela presidenta Dilma Roussef, com o objetivo de estabelecer um regime jurídico relacionado às parcerias entre a administração pública e as Organizações da Sociedade Civil – OSCs por meio de novos instrumentos jurídicos, como Termos de Fomento e de Colaboração, no caso de parcerias com recursos financeiros, e o Acordo de Cooperação, no caso de parcerias sem recursos financeiros.

O Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil foi elaborado com o intuito de democratizar o acesso das Organizações da Sociedade Civil aos recursos estatais nas diferentes esferas do governo, para qualificar o acesso as políticas públicas, aproximando-as da população e da realidade local, bem como valorizar as organizações como parceiras do Estado no intuito de garantir a transparência no uso do recurso público. Todavia, desde sua sanção a lei não é seguida para o estabelecimento de parcerias público-privado, dada a conjuntura que o país vivenciou com o avanço da extrema direita, mediante o golpe.

Na atualidade, o Brasil ainda vivencia um processo de desmobilização e precarização do trabalho, subalternização da classe trabalhadora, intensificação da miséria, pobreza, ataques à democracia e reformas que favorecem o mercado. Não obstante, a intensificação da correlação de forças do projeto neoliberal e o avanço da extrema direita no país teve seu início com o golpe parlamentar midiático, o qual teve como consequência, o *impeachment* da presidenta Dilma Roussef, o neoliberalismo encontrou terreno fértil onde se intensificaram as desregulamentações, desmonte de políticas públicas, destituição de direitos sociais, trabalhistas e previdenciários.

Antecedendo o golpe, no primeiro mandato da presidenta Dilma, sob os feitos da crise de 2008 sobre a economia brasileira, as políticas anticíclicas já não continham a crise. A partir de junho de 2013, as distintas manifestações já revelavam o descontentamento com os rumos do país, além do esgotamento das bases políticas da democracia.

Nesse cenário de descontentamento, a oposição aproveitou a conjuntura do

país para utilizar escândalos de corrupção revelados pela Operação Lava Jato³, com a inegável ajuda da imprensa, para intensificar a campanha contra o Partido dos Trabalhadores. Embora reeleita em 2014, o segundo mandato da presidenta Dilma Rousseff foi marcado pelas manifestações lideradas por organizações da direita, em 2015 foi instaurado o golpe jurídico-parlamentar com um aparato político e ideológico.

Com essa dissolução e a chegada de Michel Temer na presidência, em agosto de 2016, foram reforçadas as bases do neoliberalismo. De acordo com Cassin (2022), o governo ilegítimo de Temer se encarregou de adequar o país às exigências de acumulação capitalista em nível mundial, impondo um novo regime fiscal e uma agenda de ofensivas ao trabalho, às políticas sociais e ao meio ambiente que conformaram a nova etapa do ajuste neoliberal. A correlação específica de forças que derivou da crise da democracia de cooptação e da recomposição da extrema-direita no Brasil contribuiu para alçar ao poder o neofascista Bolsonaro que, não apenas deu continuidade ao projeto destrutivo e entreguista de seu antecessor, como o aprofundou em meio à maior tragédia sanitária do nosso tempo, a Pandemia de Covid-19.

A Proposta de Emenda à Constituição do teto dos gastos públicos, conhecida popularmente como PEC 241/2016 ou PEC da morte, elaborada no governo Temer, é fruto da precarização, a qual foi criada objetivando congelar os gastos públicos por vinte anos, para assim o Estado contornar a crise econômica e equilibrar as contas públicas. Todavia, essa medida enfraqueceu e limitou os investimentos em políticas sociais, fragilizando toda a rede de proteção social. Em consonância com Netto (2012):

A política social dirigida aos agora qualificados como excluídos se perfila, reivindicando-se como inscrita no domínio dos *direitos*, enquanto específica do tardo-capitalismo: não tem nem mesmo a formal pretensão de erradicar a pobreza, mas de enfrentar apenas a penúria mais extrema, a indigência — conforme seu próprio discurso,

³ A Operação Lava Jato foi uma iniciativa de combate à corrupção e lavagem de dinheiro no Brasil, teve seu início em março de 2014. Na época, quatro organizações criminosas que teriam a participação de agentes públicos, empresários e doleiros passaram a ser investigadas pela Justiça Federal em Curitiba. A operação apontou diversas irregularidades na Petrobrás, maior estatal do país, e contratos vultosos, como o da construção da usina nuclear Angra 3. Em vista da complexidade dos esquemas políticos e econômicos, novas investigações foram abertas em vários Estados como Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal. Resultando também na instauração de inquéritos criminais junto ao Supremo Tribunal Federal – STF e Superior Tribunal de Justiça – STJ, com o intuito de apurar fatos atribuídos a pessoas com prerrogativa de função.

pretende confrontar-se com a *pobreza absoluta* (vale dizer, a miséria extrema) (Netto, 2012, p. 428).

Do mesmo modo, salienta-se que com os gastos congelados por vinte anos, mesmo com a hipótese de a economia crescer e as receitas públicas se recuperarem, os gastos de natureza social permanecerão estagnados. O que significa que o Estado não somente deixará de atuar na redução das expressões da questão social, mas também se transformará em um instrumento de acumular riqueza, deixando à precarização as políticas sociais como saúde, assistência, educação, previdência etc, abrindo espaço para a terceirização, mercantilização e refilantropização.

Iamamoto (2017) assinala que no campo da resistência, as forças de esquerda sofrem importantes impactos em decorrência dos efeitos da crise no trabalho, no emprego e na sua força política. Tem-se o descenso na luta dos trabalhadores, a intensificação da repressão e a criminalização das formas de resistência. Para a autora, parcelas importantes dessas forças são alvo de ampla investida governamental na cooptação e institucionalização de movimentos sociais que passam a depender do fundo público para o desenvolvimento de suas formas de organização e ação política em detrimento de sua autonomia de classe.

O avanço da extrema direita, se dá de forma alicerçada ao avanço do neoconservadorismo, no tocante à esfera política, pode-se destacar que esse fenômeno foi impulsionado no Brasil e no mundo, com a vitória de Donald Trump nos Estados Unidos e de Jair Messias Bolsonaro no Brasil, utilizando como pressupostos a liberdade de pensamentos e de expressão para justificar discursos de ódio direcionados às minorias, seguindo os preceitos do neoliberalismo.

Na concepção de Martins (2022), a extrema direita brasileira utilizou diferentes artifícios para viabilizar seu projeto de poder, muitos destes artifícios estão diretamente relacionados ao sistema de ideias liberais e conservadoras. Tais ideias atreladas ao fundamentalismo religioso, um dos pilares do neoconservadorismo brasileiro, com a atual identificação da direita cristã por meio de movimentos neopentecostais que tentam promover o cerceamento das liberdades individuais e a negação de direitos fundamentais.

No ano de 2018, foi eleito o presidente Jair Messias Bolsonaro, com ideias de combate a corrupção e o comunismo, aprofundando ideias fascistas e ataques a democracia, fruto da união burguesa. A transição do golpe de 2016 para um governo

legitimamente eleito, se não foi lenta e gradual, ao menos foi segura, do ponto de vista da manutenção do sentido autocrático e ultra neoliberal de dominação burguesa (Cassin, 2022, p. 24). Configurando um cenário que vai de encontro ao saber científico, a cultura, aos direitos das minorias, reforçando ideologias que incitam a violência, censura, racismo, misoginia, entre outras barbáries, erguendo um sentimento de patriotismo profundo em uma parte da população brasileira.

Partindo dessa compreensão, pode-se demarcar que a partir das eleições presidenciais de 2018 e com a ascensão do presidente Jair Messias Bolsonaro ficou evidenciado o avanço da extrema direita no Brasil através de expressões neoconservadoras, com ataques de ódio aos grupos minoritários, uso de força para exterminar grupos étnicos, a violência contra os movimentos sociais e trabalhadores, como forma de assegurar o controle sob aqueles que discordam do funcionamento do sistema.

Em consonância com Martins (2022), isso nos leva a crer que o período anterior às eleições de 2018 foram decisivos para a ascensão do neoconservadorismo⁴ no Brasil. Tendo em vista, ainda, que as ideologias de extrema-direita e do conservadorismo costumam avançar quando se verificam ciclos de crises do capitalismo, esse processo é comum, e ocorreu no mundo todo durante o mesmo período. Aqui no Brasil não foi diferente, uma vez que passamos por uma crise econômica que desencadeou em uma crise democrática e política.

Dessa forma, seguindo o mesmo percurso do governo golpista de Michel Temer, as propostas do governo Bolsonaro consistiam no aprofundamento do neoliberalismo tendo em vista a valorização do capital financeirizado, com o intuito de intensificar a extração de mais-valia e geração de *superávits* para o pagamento da dívida pública. A destituição dos direitos sociais teve seu início com a Proposta de Emenda à Constituição - PEC 06/2019, a qual pretendia reformar o sistema de previdência social para os trabalhadores do setor privado e público. A referida

⁴ O neoconservadorismo busca salvaguardar os valores conservadores na cena contemporânea apresentando-se sobre uma nova roupagem com elementos próprios da época em que vivemos, ao fundir-se com o neoliberalismo, na década de 1970, as duas correntes buscaram defender a autoridade do Estado, um governo forte, a hierarquia, assim como a disciplina e a ordem, e o resgate aos valores tradicionais. Ambas correntes também saíram em defesa da religiosidade, dos bons costumes, da moral, do patriotismo e logicamente da propriedade privada. E nesse sentido fizeram fôlego aos movimentos sociais de contracultura como os movimentos feministas e os movimentos antirracistas. É sobre a influência do neoconservadorismo que vimos ressurgir, em nosso país, o racismo, a xenofobia, o machismo, a LGBTfobia, entre outras opressões e formas de violências. (Martins, p.42, 2022)

proposta seguia pressupostos semelhantes àquela sugerida pelo ex-presidente Michel Temer, PEC 287/2016, se distinguindo na forma de regulação, na qual a apresentada em 2019 seria regulamentada pela lei complementar.

Em outubro de 2019 foi aprovada a Emenda à Constituição – EC 103/2019, a contrarreforma da previdência que ampliou o tempo mínimo de contribuição para 40 anos para receber o benefício correspondente ao valor integral do salário dos trabalhadores ativos. Aumentando a idade mínima para aposentadoria para mulheres aos 62 anos e para homens 65 anos, também elevou o tempo de contribuição para 15 e 20 anos.

Além das inúmeras Propostas de Emenda à Constituição, o neofascista Bolsonaro também deu continuidade à contrarreforma trabalhista com a instituição do contrato de trabalho “verde e amarelo”, com a Medida Provisória – MP 905/2019, que estimulava a primeiro emprego para jovens por meio de um contrato de trabalho precarizado, com a jornada de trabalho intensa, com flexibilização de mecanismos de fiscalização e sem nenhuma garantia a respeito de questões de saúde e segurança do trabalho. A Lei de Responsabilidade Fiscal com a Proposta do Plano Mais Brasil, que estabelecia três Propostas de Emendas à Constituição, visando medidas emergenciais de controles de gastos públicos e extinção do Programa Bolsa Família.

Cassin (2022) reforça que, de modo geral, a agenda econômica do governo Bolsonaro estava centrada no rebaixamento do custo da força de trabalho; na ampliação dos espaços de valorização do capital por meio da privatização de empresas estatais e da mercantilização de direitos e políticas sociais; e na intensificação do ajuste fiscal e das contrarreformas, a fim de favorecer a pilhagem do fundo público.

No ano de 2020, com o reconhecimento pela Organização Mundial de Saúde da existência da pandemia, a situação do país tornou-se ainda mais desastrosa, visto que, o presidente da república vai de encontro com o que é preconizado pelos organismos de saúde, estimulando o uso preventivo de medicamentos sem comprovação científica, superfaturamento, compra tardia de vacinas etc. Deixando exposto que o projeto neoliberal não poderia retroceder, com discursos que submetiam a defesa da economia, ao invés da vida. Uma política de extermínio.

Esses fatores causaram consequências drásticas, como mais de 700 mil mortes pela covid-19, insegurança alimentar, miséria, desemprego, escancarando ainda mais as expressões da questão social. Conforme Sousa (2021):

A pandemia de covid-19 trouxe à tona o debate sobre a estratégia ultraliberal de que se vem alimentando a ordem capitalista na atualidade para responder às suas frequentes crises [...] trata-se do “principal choque da primeira metade do século XXI entre a democracia liberal e o capitalismo neoliberal, entre o governo das finanças e o governo do povo, entre humanismo e o niilismo”. Não só a defesa de uma ordem regulada pelo mercado, mas a contraposição à democracia, aos direitos sociais e à proteção social (Sousa, 2021, p. 195).

Partindo desse pressuposto, nota-se que no neoliberalismo os aparelhos do Estado entraram em conflito através da dicotomia: produzir novas hegemonias ou manter as existentes. Permeado por discursos de valores do conservadorismo, do fundamentalismo religioso, esta ideologia tem como objetivo “adestrar” o povo, ficando estes passivos, sem questionamentos diante dos conflitos causados pela ordem do capital, a perda de direitos trabalhistas, um elevado exército industrial de reserva, superexploração, violação de direitos, encarceramento em massa, subalternização e desmobilização da classe trabalhadora. Cassin (2022) reitera que:

No ambiente ultra neoliberal, em que os óbices encontrados pelo capital ao seu processo de valorização pressionam as economias dependentes por um incremento nas taxas de mais-valia, o papel do Estado social concentra-se cada vez mais na manutenção de uma massa de trabalhadores disponíveis para vender sua força de trabalho a qualquer custo, dinamizando os mecanismos de superexploração da força de trabalho. Para tanto, o Estado atua na manutenção das condições mínimas de reposição física da força de trabalho supérflua às necessidades do capital – através dos programas assistenciais monetarizados de transferência de renda – e na ampliação dos espaços de mercantilização das políticas sociais e valorização de porções dos capitais superacumulados. Desse modo, garante a remuneração do capital portador de juros e a maximização da transferência de valor para os centros imperialistas (Cassin, 2022, p. 30).

Consequentemente, em contraste com a conjuntura anteriormente citada, a perspectiva crítica da realidade social, compreende o terceiro setor como um fenômeno funcional ao processo de reestruturação do capitalismo sob os fundamentos da refilantropização e do voluntariado. Preconiza-se que o terceiro setor encontra-se articulado à política neoliberal, a qual representa o interesse da classe dominante, configurando-se, consequentemente, como estratégia de consenso e

hegemonia. Segundo Landim (2003):

O que ocorre hoje é que o terceiro setor é utilizado para produzir a ideia de que o universo das organizações sem fins lucrativos é uma espécie de “panaceia” que substitui o Estado no enfrentamento das expressões da questão social. É ainda incorporado ao senso comum, enquanto termo neutro, indicando apenas um “campo plural de associações e interações” (Landim, 2003, p. 110).

Com o aprofundamento do neoliberalismo e, conseqüentemente, o afastamento do Estado de sua responsabilidade social, amplia-se o espaço para o terceiro setor, composto por natureza, interesses e objetivos sociais distintos. Evidencia-se ainda, a existência de um discurso cercado de interesses ideológicos, o que por si só revela que o mesmo se constitui como uma expressão do contexto neoliberal, intensificado pela correlação de forças.

Pela crescente apropriação da coisa pública em detrimento dos interesses privados, além de uma característica predominante nessa conjuntura que é a substituição dos direitos sociais pelas denominadas “troca de favores” atrelada ao discurso de solidariedade e responsabilidade social, que se intensifica o projeto de desmonte do Estado. Retirando a responsabilidade do mesmo frente às demandas sociais e as atribuindo ao terceiro setor, reiterando a esta conjuntura o que predomina como mais arcaico na contemporaneidade, o estímulo a ajuda por “compaixão”, como estratégia para incentivar o voluntariado.

Embora a diversidade do terceiro setor e a heterogeneidade de suas organizações, algumas características são bastante específicas, o que assegura que não sejam confundidas. Franco (1999b) assinala algumas particularidades, a saber: estão fora da estrutura formal do Estado; não possuem fins lucrativos; são constituídas por grupos de cidadãos da sociedade civil como pessoas de direito privado; são de adesão não-compulsória e; produzem bens e/ou serviços de uso ou interesse coletivo.

Na última atualização do Mapa das Organizações da Sociedade Civil, iniciativa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, do governo federal, até 2020 foram identificadas a existência de 815.676 Organizações Não Governamentais no país. Esse número equivale a um crescimento de cerca de 34 mil organizações comparado ao último levantamento⁵ do instituto, realizado em 2018.

⁵ O levantamento destaca que a região Sudeste abriga 41,5% das organizações, seguida pelo Nordeste (24,7 %), pelo Sul (18,4%), pelo Centro-Oeste (8,2%) e pelo Norte (7,2%).

Segundo o levantamento do órgão Ongs do Brasil, até meados de 2022 o Estado de Sergipe contabilizou o total de 184 Ongs cadastradas, sendo que as cidades que mais concentram as entidades são Aracaju (79); Lagarto (16); Itabaiana (12) e Estância (10). Dentre os serviços ofertados por elas estão a defesa dos direitos de grupos e minorias, associações de moradores, apoio as pessoas com câncer, apoio as pessoas com deficiência etc.

As transformações societárias configuram-se como objeto dessa conjuntura, cujas consequências recaem sobre a proteção social da classe trabalhadora, bem como no contexto do trabalho, de maneira geral, e se expressam na exploração, no aumento do desemprego, na destituição de direitos sociais, entre outros aspectos. A ampliação do terceiro setor, por sua vez, consiste em retirar do Estado a responsabilidade social, sob o enfoque da eficácia e eficiência na gestão social. Além disso, corrobora a ideia de solidariedade e voluntariado em torno das ações destinadas aos inúmeros segmentos da população, sendo os serviços ofertados de maneira pontual e focalizada.

2.2 Expressões da questão social, política de saúde e condições socioeconômicas das pessoas com câncer

No Brasil, o enfrentamento das expressões da questão social é um processo complexo, visto que, a mesma configura-se como um elemento inerente ao modo de produção capitalista. Não obstante, o capitalismo legitima e reproduz a exploração da força de trabalho, fragiliza os vínculos sociais e contribui para o surgimento de novas expressões da questão social. Iamamoto (2006) reforça que:

O desdobramento da questão social é também a questão da formação da classe operária e de sua entrada no cenário político, da necessidade de seu reconhecimento pelo Estado e, portanto, da implementação de políticas que de alguma forma levem em consideração seus interesses (Iamamoto, 2006, p. 126).

Nesse intento, para compreender a respeito da questão social torna-se imprescindível entender o seu desenvolvimento. Consoante Netto (2001), existem cinco momentos de extrema relevância para compreender a questão social, o primeiro deles é que a expressão “questão social” surgiu para dar conta do pauperismo

decorrente dos impactos da primeira onda industrializante, a significância do referido pauperismo relacionava-se aos desdobramentos políticos e sociais, logo que, desde a primeira década até a metade do século XIX seu protesto tomou as mais diversas formas numa perspectiva efetiva de uma aversão da ordem burguesa.

Ainda em consonância com o autor, no segundo momento, a expressão “questão social” entrou para o vocabulário do pensamento conservador, configurando-se como caráter de urgência para manutenção e a defesa da ordem burguesa, a questão social perde paulatinamente sua estrutura histórica determinada e é crescentemente naturalizada, tornando-se objeto de ação moralizadora.

Netto (2001) assinala que o terceiro momento foi em 1867 com o livro “o capital”, de Karl Marx, que se produziu uma compreensão teórica acerca do processo de produção do capital, o autor evidencia que, para Marx a questão social seria determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital -trabalho, a exploração, fruto da sociabilidade erguida sob o comando do capital.

O autor expõe que no quarto momento, no período do *Welfare State* (1945-1970), período dos trinta anos gloriosos, a questão social e suas manifestações pareciam remeter-se ao passado, e apenas os marxistas insistiam em assinalar que as melhorias das condições de vida dos trabalhadores não alteravam a essência exploradora do capitalismo. Por fim, no quinto momento, Netto (2001) defende o pressuposto de que não se trata de uma nova questão social, uma vez que, a emergência de novas expressões da questão social é decorrente da ordem capitalista.

Nesse sentido, nota-se que a questão social não é um fenômeno recente, pelo contrário, se reproduz concomitantemente ao contexto histórico, econômico, político e social, assumindo novas expressões que, estão imbricadas no contexto de contradições e interesses antagônicos⁶. Contradições estas, originadas da apropriação privada da riqueza socialmente produzida, os(as) trabalhadores(as) produzem a riqueza e os capitalistas se apropriam dela. Iamamoto (1998) destaca que:

A questão social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-

⁶ Alarga-se a distância entre ricos e pobres, radicalizando as desigualdades sociais e as lutas contra as mesmas, o que se refrata no cotidiano de contingentes majoritários das classes subalternas (Iamamoto, 2017, p. 16).

se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (Iamamoto, 1998, p. 27).

Sob esse aspecto, a questão social está enraizada não somente na desigualdade econômica, como também cultural e política. Constituindo-se produto de uma estrutura social inerente ao modo de produção vigente, além dos modelos de desenvolvimento que já perpassaram a estrutura capitalista, como o industrial, o desenvolvimentista e a presente conjuntura neoliberal, onde fica perceptível o agravamento do quadro de desigualdades com a mundialização do capital.

Santos (2012) argumenta que, no caso brasileiro, entre as particularidades da questão social tem-se de um lado, a superexploração do trabalho e, de outro, uma passivização⁷ das lutas sociais, que historicamente foram mantidas sob controle do Estado e das classes dominantes. Segundo a autora, a “flexibilização / precariedade” do trabalho entre nós não pode ser creditada somente à crise recente do capitalismo, pois essas características fazem parte da nossa historicidade de exploração do trabalho.

Com a instauração do neoliberalismo, o Estado reduziu sua intervenção na economia, as privatizações foram intensificadas e as políticas sociais assumiram um viés compensatório e assistencialista perante o respaldo da crise econômica sobre a classe subalterna, tais fatores trazem dificuldades para a constituição de um sistema de proteção social que preconiza entre outros, a cidadania e a democratização da sociedade.

Rodrigues (2013) aponta que, a questão social é tratada na ordem econômico-política, no qual o Estado burguês, oculta sua parcialidade clássica realizando sua própria política social no enfrentamento das expressões da questão social, procurando é claro, sempre atender às exigências capitalistas, como forma de controle e de preservação da força de trabalho.

Sob essa ótica, convém ressaltar que apesar dos avanços no sistema de proteção social brasileiro, as políticas sociais não são suficientes para a extinção das

⁷ De acordo com Beveder (2015), a passivização refere-se à desqualificação e despolitização das formas de organização da classe trabalhadora e dos movimentos sociais. Segundo a autora, isso reflete no modo dos sujeitos pensar e agir diante das medidas governamentais, onde a burguesia para defender os interesses privatistas atacam e desqualificam ações e movimentos voltados para o fortalecimento do interesse público. E, a partir da produção de subjetividades afinadas com uma sociabilidade pautada na banalização e desprezo pela “questão social”, potencializa os níveis de alienação e a falta de ação da classe subalterna.

expressões da questão social. Uma exemplificação coerente com esse fator diz respeito as ações de combate à pobreza, as quais segundo Yazbek (2012), não consideram as múltiplas determinações desse fenômeno, o qual é estrutural e complexo.

As políticas sociais caracterizam-se pela sua relação com os interesses econômicos e políticos da burguesia, em vista desses aspectos, não se pode compreender a evolução e a origem das políticas sociais sem entender a sua interlocução com o antagonismo entre o capitalismo e a classe trabalhadora. Behring e Boschetti (2016) assinalam que as políticas sociais não podem ser analisadas somente a partir de sua expressão imediata como fato social isolado. Ao contrário, para as autoras, elas devem ser situadas como expressão contraditória da realidade, que é a unidade dialética do fenômeno e da essência.

Nesse viés, o que ajudou a demarcar a emergência das políticas sociais foram os elementos decorrentes da luta da classe trabalhadora, não obstante, seu desenvolvimento ocorreu de forma gradual e distinta, de acordo com as premissas de cada país, dependendo das correlações de força no âmbito do Estado, da organização e pressão da classe trabalhadora e do grau de desenvolvimento das forças produtivas. Behring e Boschetti (2016) apontam que:

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas de enfrentamento, em geral setorializadas e fragmentadas, às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (Behring; Boschetti, 2016, p. 51).

Na conjuntura neoliberal, a assistência social é a política que mais enfrenta obstáculos na materialização como política pública, logo que, precisa constantemente superar a redução de abrangência dos serviços e programas ofertados, a manutenção do caráter filantrópico e a ênfase dos programas de transferência de renda, que são introduzidos com caráter compensatório. Além disso, a mercantilização de serviços como a saúde e a previdência, e a transferência das responsabilidades para a sociedade civil sob a justificativa da cooperação e da solidariedade somam-se a vasta quantidade de obstáculos a serem enfrentados.

Na concepção de Freire (2000), o que não foge aos olhos é que há uma retração no papel do Estado em relação ao enfrentamento da questão social no

contexto brasileiro, pois a partir das imposições neoliberais, este se retrai para favorecer a expansão do mercado, levando a uma crescente valorização da sociedade civil⁸. Isto é, o fundamento é que por um lado o Estado se retrai, por outro, responsabiliza a sociedade civil pelo enfrentamento das expressões da questão social, ocasionadas pelo sistema capitalista.

Desse modo, Valente *et al.* (2017) assinalam que:

As ações públicas que permeiam o cotidiano do povo brasileiro são políticas compensatórias incapazes de resolver ou eliminar o fenômeno da questão social, apenas amenizam os problemas enfrentados. Em maior ou menor grau, a questão social sempre vai existir nesse modelo de sociedade. A questão social sempre estará presente na realidade brasileira enquanto as políticas de enfrentamento não superarem seu caráter segmentado, dominante, alienante e enquanto a garantia de cidadania não for prioridade (Valente *et al.*, 2017, p. 10).

Nessa conjuntura, é perceptível que existe uma sobreposição das políticas econômicas em detrimento das políticas sociais, onde os direitos sociais não são priorizados. Observa-se o predomínio de três lógicas: direito social – SUS, enquanto dever do Estado; produto – Plano de Saúde, como saúde suplementar, ofertado seguindo a lógica mercantil para aqueles(as) que podem pagar pelos serviços; filantropia – garantida pelas organizações da sociedade civil para os(as) excluídos(as) e em condição de miserabilidade.

Conforme destacado por Rodrigues (2013), o trato da questão social pelos setores dominantes são orientados pela ideia de “integração social”, que na verdade, acabam naturalizando as desigualdades sociais, e as políticas sociais perdem seu caráter de conquistas, passando a ser vista como concessões do Estado e do capital, reproduzindo uma certa “ideologia do favor”, com características paternalistas e clientelistas que são marcas do atendimento por parte do Estado, orientado pela

⁸ De maneira geral, uma Organização da Sociedade Civil configura-se como uma instituição privada, sem fins lucrativos, que presta um serviço com finalidade social e em parceria com o Estado. Segundo Fontes (2006), a categoria de sociedade civil nasce com o mundo burguês, vinculado ao conceito de Estado. Todavia, Antônio Gramsci, no século XX, critica e reformula o conceito. Ele buscou compreender a organização das vontades coletivas e sua conversão em aceitação da dominação, por meio do Estado capitalista desenvolvido, a partir do momento em que incorpora, de modo subordinado, conquistas do tipo democratizante resultantes das lutas populares. Para Gramsci, a sociedade civil é indissociável dos aparelhos privados de hegemonia, as formas concretas de organização de visões de mundo, da consciência social, de formas de ser, de sociabilidade e de cultura, adequadas aos interesses burgueses.

filantropia e benevolência.

O que ocorre é que, a tendência dessa conjuntura tem sido a restrição e diminuição do acesso aos direitos sociais, utilizando-se do argumento de crise fiscal para transformar as políticas sociais, estas que, assumem um caráter compensatório⁹ e pontual, atendendo, principalmente, os efeitos gerados pela crise, a qual tem respaldo na correlação de forças entre as classes sociais.

Assim, conforme Behring (2008) destaca, três mecanismos passam a ser utilizados para o enfrentamento da questão social, o Estado, o mercado e filantropia. O “Terceiro Setor” vem como uma estratégia do neoliberalismo, assim, surgindo políticas sociais focalizadas, setorializadas, fragmentadas e descentralizadas.

Neste sentido, a questão social é indissociável do processo de acumulação capitalista e dos efeitos que este gera para a classe trabalhadora, além de ser um fator determinante nas disputas dos projetos antagônicos das classes sociais. Tendo o enfrentamento das suas expressões se concretizado de maneira individual, o qual considera as vulnerabilidades como uma responsabilidade do próprio indivíduo, sendo o mesmo culpabilizado pela situação em que se encontra. Rodrigues (2013) afirma que:

Os sujeitos sociais passam a ser responsáveis pelo o suprimento das suas necessidades sociais, gerando o grupo daqueles que podem pagar e aqueles que não podem, criando demandas para o setor empresarial, aumentando seus lucros (Rodrigues, 2013, p. 34).

No contexto da saúde não é diferente, visto que, nessa conjuntura vem ocorrendo inúmeras mudanças, sejam ideológicas, políticas e econômicas, ambas intrínsecas ao debate das funções do Estado na sociedade. No âmbito da saúde, as transformações corroboram como o movimento de adequações do seu sistema, o qual tem sido agregado a valorização do mercado e do setor privado no atendimento das demandas.

A política de saúde no Brasil é histórica, não sendo apenas da lógica neoliberal, denominando-se como uma política excludente desde o seu surgimento. E pode ser caracterizada em três momentos, o assistencialista, o período que antecede a década

⁹ Para Yazbek (2001), as propostas neoliberais, em relação ao papel do Estado quanto à questão social, são propostas reducionistas, que esvaziam e descaracterizam os mecanismos institucionalizado de proteção social. São propostas fundadas numa visão de política social apenas para complementar o que não se conseguiu via mercado, família ou comunidade.

de 1930, e pode ser identificado como o período que o Estado não intervia nas expressões da questão social. O segundo momento foi o previdencialista, caracterizado pelos pós 1930, o qual o Estado passa a intervir na questão social, tratando-a como um caso de política. E o terceiro momento, caracterizado como universalista, onde foi defendido um sistema de saúde para todos como um direito.

No período caracterizado como assistencialista, o Estado não tinha interesse pelo setor de saúde, além disso a questão social não era objeto de intervenção. Nesse período, a economia era baseada no modelo agroexportador, sendo executado no sistema de saúde uma política de saneamento nos espaços de circulação das mercadorias que seriam exportadas e o controle de doenças que poderiam prejudicar o fluxo da exportação.

No que tange o período previdencialista, as questões de saúde do(a) trabalhador(a) foram colocadas em destaque, surgindo as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAP's, que asseguravam aposentadoria por tempo de serviço e invalidez, pensões para dependentes, medicamentos, assistência médica curativa para algumas categorias de trabalhadores. Nota-se nesse momento, que o sistema de previdência era categorizado, excluindo determinadas categorias profissionais, a exemplo dos(as) trabalhadores(as) rurais.

A estrutura da previdência e, conseqüentemente, da saúde começam, portanto categorizadas, excluindo um contingente expressivo da população urbana que não estava inserida em determinadas categorias profissionais assim como os trabalhadores rurais (Figueiredo, 2011, p. 22).

Ainda no período previdencialista, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que surgiram sob a ideia de um seguro orientado pela redução de gastos, abrangendo mais categorias. O primeiro instituto criado foi o dos marítimos (IAPM), em 1933, em seguida o dos comerciais (IAPC) e dos bancários (IAPB) em 1934, o dos industriários (IAPI) em 1936, o dos servidores do Estado (IAPSE) e dos trabalhadores em transportes e cargas (IAPETEC) em 1928.

Ressalta-se que a assistência médica era atribuição das Caixas de Aposentadorias e Pensões, a preocupação previdenciária era de conter e reduzir os gastos, com o objetivo de acumulação. Outro fator que distingue os dois sistemas é

no que tange ao financiamento, que com o surgimento dos IAP's passa a ser tripartite, isto é, trabalhadores, empregadores e Estado.

No período entre 1945 e 1964 foi consolidada a Política Nacional de Saúde, que se iniciava desde 1930. Durante a Segunda Guerra Mundial foi criado o Serviço Especial de Saúde (SESP) em convênio com órgãos do governo americano. No final da década de 1940, a saúde foi colocada como uma das finalidades do Plano Salte¹⁰, que foi elaborado em 1948 e envolvia outras áreas como transporte, energia e alimentação. Todavia, com o crescimento urbano, devido ao processo de industrialização, a saúde da população tornava-se algo além do saneamento, tornando-se o esforço do Estado insuficiente para resolver os problemas de saúde da população.

Neste período, o Estado passou a entender que intervir apenas com saneamento nos espaços de circulação de mercadores era insuficiente, a necessidade daquele momento era de atuar sobre as condições de saúde dos(as) trabalhadores(as), como forma de manter a capacidade produtiva. Figueiredo (2011) aponta que:

É nesse contexto que desponta no país, a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, apontando, assim, para a formação de empresas médicas, ligadas aos interesses capitalistas do setor, que pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada. Apesar de toda pressão, a assistência médica previdenciária, até 1964, era fornecida pelos serviços dos próprios institutos (Figueiredo, 2011, p. 24).

Tem-se com o período do regime militar a substituição de governos democráticos por militares autoritários, com uma forma de gestão pautada pela exclusão política e econômica dos segmentos populares, desmobilizações, constituindo um modelo que privilegiava a iniciativa privada. No que se refere a prática médico-assistencialista privatista nesse período, o Estado já não conseguia dar conta das doenças somente de maneira preventiva, tendo em vista as desigualdades no acesso e a falta de qualidade da oferta dos serviços. Desta forma, o modelo passou a ser contestado por vários setores da sociedade, como prestadores(as) de serviço e trabalhadores(as).

¹⁰ Plano Salte é o nome de um plano econômico elaborado pelo governo brasileiro, na administração do presidente Eurico Gaspar Dutra (1946 – 1950) que tinha como objetivo estimular o desenvolvimento de setores como saúde, alimentação, transporte e energia (exatamente o significado da sigla “SALTE”).

Na década de 1980, após o fim da ditadura militar, uma nova conjuntura passou a ser vivenciada e foi nesse parâmetro de democratização que emergiu o Movimento de Reforma Sanitária, o qual tinha como principal intuito uma reforma na política de saúde no país. Vale ressaltar que o Movimento de Reforma Sanitária iniciou-se em 1968, com as primeiras greves dos(as) médicos(as) residentes, que naquela época trabalhavam sem carteira assinada e com uma carga horária excessiva.

Esse movimento adentrou também nos conselhos regionais, no Conselho Nacional de Medicina e na Associação Médica Brasileira – as entidades médicas começam a ser renovadas. A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, também é importante na luta pela reforma sanitária. A entidade surge com o propósito de lutar pela democracia, de ser um espaço de divulgação do movimento sanitário, e reúne pessoas que já pensavam dessa forma e realizavam projetos inovadores.

Nesse intento, quando a ditadura militar chegou ao seu esgotamento, o Movimento Sanitário já tinha suas propostas, as quais resultaram na universalidade do direito à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde. O Movimento de Reforma Sanitária refere-se ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abrangiam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Para Mendes (1993):

A Reforma Sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade [...] criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (Mendes, 1993, p. 42).

O Movimento de Reforma Sanitária refere-se ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abrangiam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Suas propostas resultaram na universalidade do direito à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde.

O terceiro momento da política de saúde teve seu início na década de 1980, a qual foi marcada pelo momento de mobilização política, crise econômica e

instabilidade, geradas pela inflação e deterioração do sistema cambial. Como consequência, inicia-se o processo de abertura democrática do país, dando visibilidade para os movimentos sociais, além de abrir caminhos para as propostas neoliberais com o intuito de conduzir o Estado para uma intervenção mínima.

Para enfrentar a situação caótica o governo cria um plano: o “pacote previdenciário”, que seria aplicado pelo então recente criado Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP, que funcionava como uma instância reguladora previdenciária. As principais medidas propostas inicialmente foram: a redução dos gastos com assistência médica, o disciplinamento do atendimento dos hospitais contratados, a reativação dos serviços públicos e a normatização para novos credenciamentos (Figueiredo, 2011, p. 29).

Já a segunda estratégia se deu no início do governo Sarney, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)¹¹ em 1987, tendo ligação com órgãos políticos como o Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), estes que foram ocupados por profissionais do movimento sanitário. No nível político institucional, caminhava-se na perspectiva da universalização do acesso, na concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a modificação do modelo médico vigente e da convocação de uma Conferência Nacional de Saúde para subsidiar a Assembleia Nacional Constituinte (Figueiredo, 2011, p. 31).

Para Bravo (1999), a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. O ponto principal desta discussão aconteceu na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde a saúde passou a ser entendida não mais como ausência de doença e tampouco influenciada somente por fatores biológicos e ecológicos. A partir disso, a saúde passou a ser vista por um conceito ampliado, que reconhece em seus determinantes, fatores sociais e históricos.

A conferência teve um caráter democrático, com a presença de representantes

¹¹ O Sistema Descentralizado de Saúde – SUDS tinha como diretrizes a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. De acordo com (Reis; Araújo; Cecílio, 2006), trata-se de um momento marcante, pois pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os Estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS. As secretarias estaduais de saúde foram muito importantes neste movimento de descentralização e aproximação com os municípios, que recebiam recursos financeiros federais de acordo com uma programação de aproveitamento máximo de capacidade física instalada. Para os autores, podemos localizar no SUDS os antecedentes mais imediatos da criação do SUS.

de vários segmentos da sociedade, com reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária e pressão popular, configurando-se como um “processo social que começa com conferências municipais, estaduais, até chegar à nacional” (Mendes, 1995, p. 52).

As resoluções da conferência serviram como base para a elaboração da Constituição Federal de 1988, e teve como eixos temáticos “saúde como direito de cidadania”, “reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “financiamento setorial”.

As propostas defendidas versavam sobre a universalização do acesso aos serviços de saúde; a defesa da saúde como um direito social e dever do Estado em garanti-lo; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; e a reestruturação através do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

O debate com a sociedade foi de extrema importância para o sistema de saúde, visto que a representação popular contribuiu para que a Constituição de 1988 afirmasse a extensão dos direitos sociais para todos(as), possibilitando o enfrentamento das desigualdades sociais. A Constituição garantiu um Sistema Único de Saúde (SUS) organizado de acordo com a descentralização em cada esfera de governo, atendimento integral, participação da comunidade, integração da saúde no espaço da seguridade social, proibição da comercialização de sangue e participação da iniciativa privada de forma complementar.

O Sistema Único de Saúde é considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, criado pela Constituição Federal de 1988, a qual defende que a saúde é direito de todos(as) e dever do Estado, garantindo 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.

O Sistema Único de Saúde representa uma conquista para a sociedade brasileira, assegurando a saúde como um direito universal, gratuito e integral, buscando promover a justiça social, atendendo a quem dele precisar. Constituindo-se como dever do Estado atuar na prevenção, promoção, recuperação e na reabilitação da saúde, com a oferta de serviços na atenção primária, secundária e terciária, além da gestão descentralizada em cada esfera do governo, para o atendimento da comunidade na sua integralidade, bem como a participação popular.

Outro ponto relevante diz respeito ao controle sanitário, no qual o SUS busca antever e evitar surtos epidêmicos, realizando diagnósticos antecipados de crises, promovendo campanhas de informação, imunização e ações preventivas. Além disso,

é efetivado o monitoramento das ações de saúde, com o intuito de avaliá-las e aperfeiçoar a política pública.

No que tange o período da pandemia de Covid-19 vivenciada por todo o mundo no ano de 2020, o Sistema Único de Saúde evidenciou ainda mais seu protagonismo, ainda que dentro dos limites que o acompanha desde a sua institucionalização. A dimensão de uma crise, como a enfrentada em razão da pandemia, teria proporções ainda maiores se não houvesse um sistema de saúde universal e gratuito, em um país com tantas disparidades sociais.

Mas, embora a criação do Sistema Único de Saúde seja um grande marco para a saúde pública e para a democracia preconizada pela Constituição Federal de 1988, não se deve menosprezar que o mesmo foi elaborado na conjuntura neoliberal, mesmo que mediante o discurso da reforma sanitária, que defende um novo projeto de saúde para todos(as), no qual se torna predominante o universalismo excludente¹².

O projeto de saúde, articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico-assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta: e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado (Bravo, 2009, p. 101).

Nesse viés, fica perceptível que, seguindo a lógica dessa conjuntura, que é a mercantilização de tudo que é público, o Estado passa a alocar e transferir recursos da saúde para o mercado, já que o mercado se situa como o centro das relações. Diante desse fator, as políticas sociais executadas pelo Estado no âmbito da saúde, configuram-se como estratégias de ajustes para o Sistema Único de Saúde. De acordo com Moraes (2010) o projeto neoliberal de saúde fundamenta-se em três subsistemas:

1) alta tecnologia – ocupa-se das ações de atenção médica mais complexa, especialmente nos hospitais de ensino; 2) Atenção médica supletiva – beneficia-se do processo de universalidade excludente. Como seu próprio nome indica, é um sistema de atenção médica e não de saúde, tem como objeto a doença e suas sequelas. Possui

¹² Para Bravo (2006), no campo de saúde, o conceito de universalização se enfraquece por meio da dualização: um sistema pobre para os pobres e um padrão de qualidade maior para os que podem pagar pelos serviços.

cinco modalidades assistenciais principais: medicinas de grupos, sistemas próprios, seguro-saúde, cooperativas médicas e planos de administração; 3) Pública – as instituições privadas ou contratadas que permanecem neste sistema, são os que representam dentro do setor de prestação de serviços de saúde, seu segmento mais atrasado tecnologicamente. Ademais, tal sistema destina-se a cobertura de mão de obra de menor qualificação do setor informal da economia e dos não integrados tecnologicamente (Moraes, 2010, p. 47).

Sob essa ótica, percebe-se que, nessa conjuntura a qualidade do setor privado foi impulsionada pela criação de um subsistema privado e forte, sobretudo, de baixa regulação estatal, que é o da atenção médica supletiva. Evidencia-se que, a criação desse subsistema ocorreu tanto por causa da lógica de expansão, quanto no nível de financiamento do Estado para fortalecimento dos serviços públicos. Esses fatores, por sua vez, provocam uma evasão do serviço prestado pela saúde pública para o serviço privado. Viana (2011) evidencia que:

Estas formas de regulamentação naturalizam a situação de cidadão consumidor que tem acesso a serviços via mercado, em detrimento do sujeito de direito, rompendo com a perspectiva sanitária e transformando os usuários em financiadores do capital, submissos às leis de mercado, resultando na despolitização da esfera pública. Diante desse contexto, há um desmonte dos direitos sociais adquiridos. A Saúde, assim como as demais políticas, faz parte dessa triste realidade, pois tem sido tratada como uma mercadoria similar a tantas outras disponíveis para o consumo. O resultado disso foi o exorbitante crescimento das formas alternativas ao SUS de assistência à saúde, como os planos privados de saúde, os seguros saúde e as cooperativas médicas. Isso mostra que as políticas de saúde vêm desrespeitando a dignidade do cidadão enquanto sujeito de direitos, o que reforça o real significado da cidadania para o capitalismo (Viana, 2011, p. 23).

Na atualidade, o Brasil vivencia um processo de destituição de direitos, entre eles o de acesso à saúde pública. Esse processo de desmonte das políticas sociais se intensificou na conjuntura do neoliberalismo. Nesse novo cenário, nota-se o aprofundamento da precarização da oferta de serviços de saúde como um direito, de modo a intensificar as privatizações. Como consequência, tem-se a penalização da população em condições de vulnerabilidade social tendo em vista o desinteresse por parte do Estado no que diz respeito ao efetivo funcionamento do sistema de saúde pública, o sucateamento e os sucessivos cortes de recursos para as políticas sociais, dentre elas a da saúde.

Para Moraes (2010), o sistema de saúde pública que prevalece atualmente, ou

seja, concebido através do SUS, é reflexo do que foi pensado e instituído no regime militar, no sentido de atender interesses privados na comercialização da saúde, e não como anseio da vontade e das necessidades da população. De acordo com o autor, com o sucateamento da saúde pública, percebe-se o descontrole na aplicação dos recursos destinados a esta finalidade, como também, a corrupção por parte do próprio setor público.

Os impactos dessa conjuntura são drásticos, o Sistema Único de Saúde sofre um constante descumprimento de suas diretrizes, os direitos sociais e trabalhistas sofrem constantes destituições, além da precarização do trabalho, o desemprego estrutural, sucateamento da saúde, da educação, e desmonte da previdência pública. Além desses fatores, a alienação dos(as) usuários(as) desses serviços se manifesta quando se confunde o direito aos serviços de saúde com a lógica do favor, fazendo com que a população se comporte de acordo com os ideais do capitalismo.

As expressões da questão social, entre elas o acesso à saúde de qualidade, a desigualdade social e a pobreza são frutos do capitalismo, como um produto histórico que se modifica no espaço e no tempo. O Brasil é um país que contém a grande maioria de seus habitantes vivendo em centros urbanos, os níveis de pobreza e desigualdade estão entre os piores do mundo.

Gorender (1990) destaca que, como no passado, estes altos níveis de pobreza são causados por uma combinação de heranças, condições e escolhas de natureza econômica, política e cultural. É inócuo supor que a pobreza e a desigualdade poderiam ser eliminadas pela simples “vontade política”, ou pela redistribuição de recursos dos ricos para os pobres.

A pobreza alargada pelo conjunto de medidas implementadas pela atual conjuntura, intensifica as precárias condições de vida de grande parte da população. Amplia-se como consequência, os altos índices de desemprego, a desigual distribuição de renda, a destituição de direitos sociais, a precarização das relações de trabalho, o enfraquecimento dos movimentos sociais e sindicatos, além de outros fatores que agravam a situação de miserabilidade e empobrecimento da população.

Uma pesquisa realizada no ano de 2021 pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) mostrou o maior número de pessoas em situação de pobreza já registrado no Brasil. A FGV Social utilizou dados do IBGE para criar o mapa da pobreza no Brasil. O levantamento constatou que são quase 63 milhões de pessoas no Brasil vivendo em domicílios onde a renda por pessoas não ultrapassa R\$ 497,00 reais por mês, valor

este que, com a alta da inflação não dar para comprar uma cesta básica em todo o país.

A pesquisa também revelou dados da extrema pobreza, contabilizando que são 33 milhões de brasileiros(as) que vivem com menos de R\$ 289,00 reais por mês. A pesquisa constatou que cerca de 33,1 milhões de pessoas não tem o que comer diariamente, causando a insegurança alimentar.

Além desses dados, deve-se levar em consideração o aprofundamento do desmonte das políticas públicas, o acirramento das desigualdades sociais, o cenário de alta inflação, sobretudo, dos alimentos, o aumento do desemprego e as medidas tomadas pelo Estado são pontuais e insuficientes para dar conta da intensificação dos problemas sociais.

No que diz respeito as condições socioeconômicas das pessoas com câncer, os estudos sobre o assunto no Brasil ainda são escassos, porém, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que é um fato, mas não uma regra, de que quanto menor o desenvolvimento econômico de um país, menos acesso aos métodos, diagnósticos e tratamentos o indivíduo terá, o que leva a um número elevado de cânceres diagnosticados em estado avançado e, conseqüentemente, aumento da mortalidade.

A saúde da população pode ser influenciada por diversos fatores como dieta, estilo de vida e também o ambiente em que se vive, incluindo aspectos econômicos e sociais. O câncer é uma das principais doenças influenciada por essas condições e que pode ser prevenida efetivamente a partir de medidas, partindo do princípio de que os fatores socioeconômicos são uma forma de compreender o perfil de saúde da população.

De acordo com Bray (2018), verifica-se uma transição dos principais tipos de câncer observados nos países em desenvolvimento, com um declínio dos tipos de câncer associados a infecções e o aumento daqueles associados à melhoria das condições socioeconômicas com a incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização (sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros).

Estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde relatam que, atualmente, os tipos mais comuns de câncer diferem entre os países de mais recursos e aqueles com recursos mais escassos. Em países de altos recursos, cânceres como os de pulmão, mama, próstata, cólon e reto são os de maiores incidência. Um terço dos cânceres são causados pelo uso do tabaco e por infecções crônicas. Já em países

de recursos escassos, os tipos mais incidentes são os cânceres de estômago, fígado, cavidade oral, faringe e colo do útero, um quarto destas neoplasias parecem ser causadas por infecções crônicas, embora a proporção de cânceres causados pelo uso do tabaco esteja aumentando.

Diante do exposto, nota-se que as expressões da questão social desde o período em que o Estado passou a intervir, tem sido tratada de forma ineficiente. Com a instauração do projeto neoliberal, processo em que o Estado passou a ter intervenção mínima, o trato da questão social tornou-se ainda mais precarizado, sendo intensificado na conjuntura neoliberal. Essas características são produtos históricos e intrínsecos ao capitalismo, este que se modifica conforme os interesses da burguesia. Portanto, compreendê-lo requer um posicionamento crítico contra esses mecanismos e não apenas isso, é imprescindível a articulação de estratégias que possibilitem às pessoas com câncer, que são sujeitos desse estudo, buscar por seus direitos e, conseqüentemente, irem contra a ideologia dominante. É a partir desse compromisso ético-político que se apresenta a próxima seção.

2.3 Direitos, serviços e benefícios à pessoa com câncer

No caso específico das instituições que prestam apoio às pessoas com câncer, o Serviço Social busca identificar as questões que possam interferir no processo de tratamento e viabilizar o acesso aos direitos sociais. De acordo com o Inca (2019), o(a) assistente social orienta suas ações no compromisso de fortalecer o cuidado integral ao(a) usuário(a), entendendo que a saúde é mais do que a ausência de uma doença, porque é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, entre outros.

Conforme preconizado no art. 196 da Constituição Federal (1988), a saúde é direito de todos(as) e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. Neste viés, a saúde constitui-se parte de um conjunto de direitos denominados direitos sociais, os quais tem como premissa básica a igualdade entre as pessoas.

A Lei 14.238, de 19 de novembro de 2021 que institui o Estatuto da Pessoa com Câncer, é um dos mecanismos legais que tem como principal objetivo promover

condições de igualdade no acesso ao tratamento das pessoas com câncer. De acordo com a referida lei, é obrigatório o atendimento integral à saúde da pessoa com câncer por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), na forma de regulamento. O atendimento integral, por sua vez, inclui assistência médica e de fármacos, assistência psicológica, atendimentos especializados e, sempre que possível, atendimento e internação domiciliares. Além disso, deverá ser garantido tratamento adequado da dor, atendimento multidisciplinar e cuidados paliativos. A mesma define em seu 1º artigo que:

Art. 1º Fica instituído o Estatuto da Pessoa com Câncer, destinado a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o acesso ao tratamento adequado e o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com câncer, com vistas a garantir o respeito à dignidade, à cidadania e à sua inclusão social (Brasil, 2021, p. 1).

Para os efeitos do Estatuto, conforme artigo 4º, considera-se pessoa com câncer aquela que tenha o regular diagnóstico, nos termos de relatório elaborado por médico devidamente inscrito no conselho profissional, acompanhado pelos laudos e exames diagnósticos complementares necessários para a correta caracterização da doença.

Nesta perspectiva, o trabalho do(a) assistente social almeja viabilizar o acesso aos direitos das pessoas com câncer, bem como assegurar um tratamento adequado. Visto que, a assistência social é um direito fundamental a ser concedido à pessoa com câncer, garantido no inciso IV do art. 4º da lei 14.238, de 19 de novembro de 2021, o qual institui que: “Art. 4º São direitos fundamentais da pessoa com câncer: [...] IV - assistência social e jurídica” (Brasil, 2021, p. 2).

O benefício por incapacidade temporária, também chamado de auxílio-doença, funciona como uma licença, a pessoa com câncer fica afastada do trabalho, fazendo seu tratamento e, mesmo assim, recebe uma remuneração. O benefício é disponibilizado às pessoas com câncer que sejam seguradas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), mesmo àquelas que contribuem de forma autônoma.

Outro direito da pessoa com câncer é a aposentadoria por incapacidade permanente, conhecida como aposentadoria por invalidez, assim como o auxílio-doença, é uma remuneração dada ao trabalhador segurado do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que precise ficar afastado. A diferença é que o auxílio-doença é

temporário, com data para acabar, enquanto a aposentadoria por incapacidade permanente, como o próprio nome diz, deve ser permanente.

As pessoas com câncer que possuem vínculo empregatício também têm direito ao chamado Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, o titular da conta poderá efetuar o saque sempre que houver saldo e persistir o diagnóstico. No que concerne ao saque do Programa de Integração Social – PIS e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PASEP, também constituem direitos das pessoas com câncer que possuem vínculo de trabalho no setor privado e público, respectivamente. Esse direito ampara-se no item I da Resolução nº 1 de 15 de outubro de 1996:

I - Autorizar a liberação do saldo das contas do Programa de Integração Social - PIS e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP, ao titular quando ele próprio ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna (Brasil, 1996, p. 1).

O Benefício de Prestação Continuada – BPC é outro direito das pessoas com câncer, todavia, dependerá de uma avaliação do médico do Instituto Nacional do Seguro Nacional – INSS, além de avaliação da renda *per capita* familiar e a existência de recebimento de outro benefício. O BPC foi instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei 8.742 de 07 de dezembro de 1993, que define em seu art. 20:

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com sessenta e cinco anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família (Brasil, 1993, p. 19).

Outro direito da pessoa com câncer é o fornecimento de remédios para tratamento do câncer de forma gratuita. De acordo com a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia - Abrale (2022), os medicamentos usados no tratamento do câncer são os chamados medicamentos de alto custo e eles serão oferecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS quando o(a) médico(a) indicar, pelo tempo que for necessário. Há uma listagem desses remédios, mas, caso algum remédio indicado não esteja nesta lista, o(a) médico(a) responsável pode realizar uma solicitação especial até 30 dias depois do pedido, a pessoa com câncer vai receber a

resposta por telegrama ou e-mail.

O Tratamento Fora de Domicílio – TFD é um direito ofertado para aquelas pessoas que são atendidas no Sistema Único de Saúde e é ofertado de acordo com a disponibilidade do orçamento de cada município. Na hipótese de não haver condições de tratamento na região do(a) paciente, é possível obter uma ajuda de custo para que as pessoas possam se deslocar para consultas e tratamento em outro local com distância superior a 50 km da residência. Todavia, é relevante destacar que os valores fornecidos pelo TFD encontram-se defasados, não sendo possível manter as necessidades básicas das pessoas durante o deslocamento.

O benefício de prioridade em processos judiciais e administrativos também se configura como um direito da pessoa com câncer, significa que qualquer tipo de processo na justiça que a pessoa com câncer esteja envolvida serão tratados e julgados de forma prioritária. Isso vale tanto para novos processos, quanto para os que já estavam em andamento antes da descoberta doença. É necessário fazer o pedido à autoridade judiciária, apresentando provas da doença como laudos, relatórios médicos, exames, dentre outros. De acordo com o art. 1.048 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015:

Art. 1.048. Terão prioridade de tramitação, em qualquer juízo ou tribunal, os procedimentos judiciais:

I - em que figure como parte ou interessado pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portadora de doença grave (Brasil, 2015, p. 183).

O direito à quitação do financiamento da casa própria também é outro direito da pessoa com câncer. Quando a pessoa entra em um financiamento imobiliário, é comum que precise contratar um seguro para garantir a quitação do imóvel em caso de morte ou invalidez resultante de alguma doença. Evidencia-se que esse direito é concedido somente se a pessoa com câncer tiver essa cláusula de seguro no contrato e se encontrar na condição de incapacidade por invalidez.

Alunos(as) com câncer de qualquer nível de ensino, que não possam comparecer à escola ou universidade diariamente deverão compensar as faltas com exercícios realizados em casa, com o devido acompanhamento da escola ou universidade. Para tanto, é preciso apresentar um atestado médico à instituição. E na hipótese da escola se recusar a oferecer o acompanhamento para compensação de faltas, é possível acionar a justiça, visto que se trata de uma prerrogativa do Decreto-

lei nº 1.044, de 21 de outubro de 1969, o qual preconiza em seu art. 2º que:

Art. 2º Atribuir a esses estudantes, como compensação da ausência as aulas, exercício domiciliares com acompanhamento da escola, sempre que compatíveis com o seu estado de saúde e as possibilidades do estabelecimento (Brasil, 1969, p. 1).

No que diz respeito à estabilidade no trabalho, não há lei que garanta a estabilidade do(a) trabalhador(a) com câncer, somente nos casos em que a doença tenha sido desencadeada em razão do trabalho, como pessoas que tiveram contato com substâncias radioativas diariamente. A única garantia é que durante o período em que a pessoa com câncer receber o auxílio-doença, a empresa não pode rescindir o vínculo empregatício. A Abrale (2022) ressalta que:

Embora não exista uma lei que assegure a estabilidade, em muitos casos, a Justiça têm sido favorável em relação a processos por demissão de pacientes com doenças graves. Nos tribunais do trabalho, há uma posição que considera discriminatória a demissão nesse caso. Mas para garantir a permanência no emprego, é preciso entrar com uma ação trabalhista (Abrale, 2022, p. 28).

No que concerne à isenção do Imposto de Renda, as pessoas com câncer ficam isentas somente sobre rendimentos de aposentadoria, reforma (que equivale à aposentadoria de militares) e recebimentos de pensão. Ou seja, se a pessoa com câncer estiver recebendo salário, pagará o Imposto de Renda sobre esse rendimento normalmente. Neste viés, para ter direito a esse benefício a pessoa com câncer deve procurar a instituição responsável pelo pagamento da aposentadoria, pensão ou reforma, passar por uma consulta com o médico do local a fim de comprovar a doença. Conforme está previsto no inciso XIV do art. 6º da lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988:

Art. 6º Ficam isentos do imposto de renda os seguintes rendimentos percebidos por pessoas físicas:

[...] XIV – os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a

doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma (Brasil, 1988, p. 2).

No caso da isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI, só tem direito a isenção os(as) pacientes com câncer que ficaram com sequelas em membros superiores ou inferiores. Sob essa premissa, a pessoa terá direito de comprar um veículo adaptado com o valor do imposto descontado. E na possibilidade da pessoa com câncer estar incapacitada para dirigir, poderá pedir a isenção em nome de um(a) representante, sendo que até três pessoas podem ter a autorização de dirigir o veículo.

Outro imposto que a pessoa com câncer pode ser isenta é o Imposto sobre Operações Financeiras – IOF, que é uma taxa federal que incide também no financiamento de automóveis. No entanto, a isenção do referido imposto será concedida apenas uma vez e só tem direito pacientes que ficaram com sequelas em membros superiores ou inferiores. Além disso, a pessoa beneficiada com a isenção, somente poderá vender o veículo decorridos três anos da aquisição do mesmo.

A pessoa com câncer também tem o direito a prisão domiciliar, a qual consiste no acolhimento do(a) indiciado(a) ou acusado(a) em sua residência, só podendo dela ausentar-se com autorização judicial. A condição de saúde pode ser comprovada por meio de exames e relatório médico, podendo o juiz, caso não satisfeito com a prova apresentada, determinar a realização de perícia a fim de atestar a real condição do(a) agente. Esse direito é estabelecido pela Lei nº 12.403, de 4 de maio de 2011, que estabelece no inciso II do art. 318 que:

Art. 318. Poderá o juiz substituir a prisão preventiva pela domiciliar quando o agente for:
[...] II - extremamente debilitado por motivo de doença grave (Brasil, 2011, p. 3).

Não obstante, um problema comum à pessoa com câncer é a demora na realização dos exames que dão diagnóstico da doença. Com o preceito de viabilizar o diagnóstico precoce, desde abril de 2020, vigora a chamada Lei dos 30 dias, Lei nº 13.896 de 30 de outubro de 2019, estabelece que os exames necessários para a confirmação do diagnóstico de câncer sejam realizados no Sistema Único de Saúde no prazo máximo de um mês. A lei nº 13.896 de 30 de outubro de 2019, estabelece no parágrafo 3º do art. 2º que:

Art. 2º [...] §3º Nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável (Brasil, 2019, p. 1).

Outrossim, após o diagnóstico da doença, a pessoa com câncer será assegurada pela lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012, que vigora desde maio de 2013, a pessoa com câncer tem o direito de iniciar o tratamento no Sistema Único de Saúde no prazo máximo de 60 dias, é a chamada lei dos 60 dias. Conforme o art. 2º da referida lei:

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único (Brasil, 2012, p. 1).

Além dos direitos sociais expostos, todas as mulheres que tiraram total ou parcialmente a mama para o tratamento de um câncer, tem direito à cirurgia plástica reparadora da mama. A legislação assegura, ainda, o direito a cirurgia de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar. A lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013, dispõe no 2º parágrafo, do art. 2º que:

Art. 2º [...] § 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas (Brasil, 2013, p. 1).

Pode-se concluir que, no decorrer dos anos e com o avanço da ciência tornou-se visível os avanços jurídicos no que diz respeito aos direitos das pessoas com câncer. Porém, como característica da conjuntura neoliberal, embora os direitos sejam previstos legalmente, nota-se que para as pessoas com câncer acessá-los, precisam judicializá-los. Isso porque, o Poder Executivo (federal, estadual e municipal) que tem o dever de operacionalizar políticas sociais para acesso dos(as) cidadãos(ãs), negam acesso aos direitos sociais, na via administrativa e obrigam as pessoas a recorrerem ao Poder Judiciário, gerando gastos com advogados(as) ou dependência das defensorias públicas. Esta é a lógica de um Estado mínimo,

excludente, sucateado e que não prioriza as políticas sociais, estando a serviço do mercado e de interesses politiquieiros, coronelistas e corporativistas, da troca de favores e de votos. Castro (2019) infere que:

O desmonte e sucateamento das políticas sociais brasileiras são determinantes para este cenário que apresenta como forma de enfrentamento o surgimento de um processo crescente de judicialização de direitos sociais. [...] Observa-se a busca da população por um sistema de justiça, que também apresenta dificuldades diante da ausência de um Estado garantidor de direitos e que enfrente verdadeiramente as desigualdades e a exclusão social (Castro, 2019, p. 63).

Não obstante, observa-se as listas de esperas infindáveis para a realização de consultas, exames e cirurgias, falta de medicamentos, falta de vagas nas instituições de ensino, políticas de moradia ineficazes e programas sociais ofertados como paliativos e processos de revitimização por parte das Ouvidorias Públicas. Neste sentido, a população busca na judicialização dos direitos sociais previstos uma tentativa de garantir o princípio da dignidade da pessoa humana, em seu direito inclusive à vida. Assim, a judicialização torna-se um mecanismo de garantia de direitos, sendo esta uma característica inerente do próprio sistema neoliberal, a busca individual para a resolução de problemáticas que representam uma realidade coletiva.

Consequentemente, não é demais repetir que quando o direito a saúde é negligenciado, implica dizer que o direito à vida e à dignidade da pessoa humana estão comprometidos. A grande incidência da judicialização revela que o Estado não tem efetivado o direito a saúde por meio das políticas públicas eficientes, revelando-se omissos, negligentes e agentes da violência institucional. Este pode ser um aspecto da política de extermínio (necropolítica¹³) imposta às pessoas pretas e pobres. Todavia, não pode-se afirmar na pesquisa ora em análise, pelo fato de não dispor de dados aprofundados para identificação da raça e etnia dos sujeitos. Dessa forma, analisa-se que a vida não pode estar suscetível a interesses de governos fascistas e desumanizadores, e porque não dizer, exterminadores de “minorias sociais”, como vimos na pandemia Covid-19.

¹³ A origem do termo vem da obra do filósofo, teórico político, historiador e intelectual camaronês Achille Mbembe o qual define a necropolítica como o poder de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Com base no biopoder e em suas tecnologias de controlar populações, o “deixar morrer” se torna aceitável. Mas não aceitável a todos os corpos. Segundo Mbembe, o corpo “matável” é aquele que está em risco de morte a todo instante devido ao parâmetro definidor primordial da raça.

Quando se trata de direito a saúde, refere-se a um direito fundamental intimamente ligado à vida. Barbosa (2020) aponta que, quando se fala em direito à saúde, este que está relacionado ao mínimo existencial¹⁴, deve oportunizar ações e serviços de qualidade, garantindo as condições adequadas à prevenção, cura e tratamento paliativo.

Desse modo, é imprescindível o atendimento dos direitos sociais previstos nas legislações para efetivar a rapidez no acesso ao diagnóstico precoce e no início imediato do tratamento. Visto que, o câncer é uma doença que requer a máxima prioridade, tendo no diagnóstico precoce e tratamento humanizado parâmetros primordiais para efetivamente salvar vidas e reduzir o avanço da doença. Salienta-se que a humanização abrange, não apenas, o atendimento e tratamento da doença, mas, principalmente, o acesso aos direitos legalmente previstos, que são fundamentais para garantir o enfrentamento das consequências da doença, conforme exposto no próximo tópico.

2.4 O viver com câncer e a humanização do atendimento

O câncer, assim como qualquer outro tipo de doença grave, possui um grande impacto na vida da pessoa, tendo em vista que, seu diagnóstico envolve inúmeras transformações no modo de vida da pessoa, mudanças estas que são imprescindíveis para assegurar a qualidade de vida e o desempenho do tratamento, além de ressignificar a vida da pessoa a partir da proporção que a doença causa na vida dela e de todos(as) que estão a sua volta.

Anders e Souza (2009) destacam que:

A saúde e o adoecer são formas por meio das quais a vida se manifesta, e estas experiências singulares e subjetivas são difíceis de traduzir somente pelo significado da palavra, pois é na relação entre a experiência de saúde e/ou doença e a objetividade dos conceitos envolvidos que apreendemos a lidar com as mudanças existenciais próprias da condição humana (Anders; Souza, 2009, p. 131).

Apesar dos avanços da medicina no que diz respeito ao tratamento do câncer,

¹⁴ De acordo com Torres (2009), o mínimo existencial tem uma relação com o princípio da dignidade humana, ele também é conhecido como direito constitucional mínimo, aquele que deve promover as condições mínimas que garantam a existência digna do ser humano.

seu diagnóstico ainda é vivenciado de maneira temida, desencadeando reações emocionais como medo, ansiedade, depressão. Embora o ser humano saiba que a morte é uma certeza, alguns acontecimentos tais como o diagnóstico de câncer, tendem a significar uma sentença final, trazendo a aproximação do(a) paciente com uma realidade que ele(a) considerava distante, colocando-o(a) perante a sua finitude.

Conforme afirma Venâncio (2004), o diagnóstico de câncer é vivido como um momento de angústia e ansiedade, pelo motivo da doença ser rotulada como dolorosa e mortal, conseqüentemente, desencadeando preocupações em relação à morte. Além do momento do diagnóstico, ao longo do tratamento, a pessoa com câncer vivencia perdas e diversos sintomas que, além de acarretar prejuízos ao organismo, coloca-o diante da incerteza em relação ao futuro, aumentando assim sua ansiedade.

Para Rey (2010), o câncer, em seu caráter objetivo, não define as configurações subjetivas que, frente a sua emergência, são desenvolvidas pelo sujeito e que lhe permitem diversas formas de viver e sentir subjetivamente essa experiência. A subjetividade não é um reflexo de uma condição objetiva, mas a capacidade de produzir alternativa frente à experiência vivida a partir dos recursos subjetivos atuais da pessoa.

Nesta perspectiva, o trabalho do(a) assistente social deve levar em consideração tanto os aspectos objetivos, quanto os subjetivos da doença. Visto que, as condições subjetivas, segundo Rey (2010) caracterizam-se como um momento de unidade e de confrontação entre a subjetividade social e individual, e aparece na ação do sujeito estreitamente associado à organização atual de sua subjetividade individual assim como aos processos da subjetividade social, dentro dos diferentes espaços e contextos em que a pessoa atua. O autor complementa ainda:

Nesse caso, em relação ao campo da saúde, as representações das doenças se convertem em uma produção social de caráter simbólico, em relação ao qual é construída uma multiplicidade de sentidos subjetivos em decorrência dos discursos e das representações sociais em que se define a construção social da doença e das configurações subjetivas dos sujeitos que se relacionam nesses espaços sociais (Rey, 2010, p. 332).

Neste enfoque, os sentidos subjetivos¹⁵ não são expostos diretamente, na expressão intencional do sujeito, isto é, não são dados a partir do que o sujeito fala.

¹⁵ (Rey, 2010, p. 332) assinala que, o conceito de sentido subjetivo tem as seguintes características

Eles aparecem de forma indireta, através de expressões diversas, as quais não estão associadas de maneira imediata entre si. Além disso, os sentidos subjetivos estão em permanente processo, não se configuram como estáticos nem ocorre *a priori* no que concerne à trama vivida, isso porque, fazem parte da trama vivida, antecipando-se, mas também mudando no curso da vida do sujeito.

A subjetividade constitui-se um importante indicador do desenvolvimento da identidade da pessoa com câncer nas condições da doença; instigando a pessoa a reconhecer a si mesma em suas posições próprias e de gerar alternativas frente aos conflitos que vão aparecendo. Rey (2010) complementa que:

A produção de identidade frente à nova situação da doença é essencial precisamente para se manter uma vida ativa e diversa, de tal forma que a doença não ocupe o centro, mantendo a pessoa seu envolvimento naquelas áreas que constituem sentidos subjetivos importantes de sua vida pessoal (Rey, 2010, p. 341).

Em síntese, o fato de a pessoa assumir a condição de doente é imprescindível para o desenvolvimento de sua identidade frente ao impacto da doença, permitindo-lhe reconhecer-se em sua condição atual, e não a negar ou ocultá-la. Na configuração subjetiva do câncer, cada pessoa expressa sua subjetividade de maneira singular, a qual articula-se também com os aspectos sociais e pode ser dominante em diferentes momentos da expressão do sujeito, bem como na forma como este se insere nos diferentes contextos da sua vida cotidiana.

Diante disso, coloca-se como imprescindível a humanização do atendimento das pessoas com câncer, processo que pode ser mediado pela escuta e acolhida, ou seja, ouvir, problematizar e agir. Tal processo constitui-se um instrumento de trabalho

para que se possa entender a dimensão psíquica das doenças:

1 - Nenhuma doença em si é portadora de um sentido subjetivo. Os sentidos subjetivos se produzem como resultado da articulação dialética entre as emoções e os processos simbólicos, que aparecem como o resultado dos modos como cada sujeito vive sua doença. Viver a doença não é apenas uma expressão da relação direta do sujeito com as suas consequências, mas das produções do sujeito sobre ela a partir de seus recursos psicológicos atuais;

2 - Não existem elementos universais a partir dos quais se possa prever as possibilidades de uma doença, tendo em vista o tipo de organização psicológica da pessoa. A doença é uma complexa organização de fatores diferentes que, em sua integração e diante de determinadas condições, produzem uma mudança qualitativa no funcionamento do organismo. Os sentidos subjetivos são apenas um dos elementos que participam desse complexo processo;

3 - Os sentidos subjetivos têm caráter patogênico não pelo seu conteúdo, mas pelo tipo de emoções neles envolvidas. Esse é um processo que não é regulado racionalmente pelo sujeito, embora o seu posicionamento racional seja parte do processo de produção dos sentidos subjetivos.

interativo na construção de respostas pontuais aos anseios do(a) usuário(a). Compreende-se a escuta e acolhida como um processo que possibilita a aproximação com os(as) usuários(as), a qual permite a identificação das demandas apresentadas por eles, bem como o início da construção de vínculos e de confiança entre estes e a instituição.

O acolhimento e a escuta colaboram para um atendimento de qualidade e humanizado, facilitando tanto a promoção da assistência do(a) usuário(a), quanto a oferta de respostas pontuais para a resolução das demandas trazidas por eles(as). Neste sentido, o acolhimento e a escuta possibilitam a aproximação com o sujeito em adoecimento e, conseqüentemente, o entendimento da sua singularidade e subjetividade. Chupel e Mito (2010) enfatizam que:

O acolhimento pressupõe um trabalho realizado diretamente com os usuários à medida que no encontro entre eles há o reconhecimento mútuo entre usuário e profissional. Ou seja, é pelo acolhimento que estes sujeitos se conhecem e reconhecem; também, ocorre o reconhecimento da situação do usuário e o diálogo direto empreendido no momento das entrevistas. Estas constituem-se num instrumento privilegiado para a execução do acolhimento, porque é através dela que ocorre o reconhecimento do usuário e do profissional. É o momento de coletar informações referentes à situação imediata, a ocasião em que o usuário pode expressar suas demandas, dizer o que ele necessita, seja circunscrito à área da saúde, seja fora dela (Chupel; Mito, 2010, p. 17).

Convém evidenciar que, o acolhimento e a escuta é um processo contínuo que envolve não apenas a sensibilidade do(a) profissional que escuta, mas também conhecimento técnico-científico, com uma postura capaz de identificar as demandas, de maneira que atenda o(a) usuário(a) em sua integralidade¹⁶. Nesse ínterim, cabe ao(a) profissional no processo de escuta e acolhimento compreender as queixas, os anseios, as expectativas, bem como identificar os riscos e vulnerabilidades, buscando intervir na problemática apresentada pelos(as) usuários(as).

Moreira (2015) retrata que o Serviço Social em sua essência sempre teve o acolhimento como principal condutor do seu trabalho, com olhar cuidadoso e ético

¹⁶ Mattos (2001) conceitua integralidade como recusa ao reducionismo e à objetivação do sujeito e afirmação da abertura para o diálogo. Entende-se, a partir desse conceito, que a escuta qualificada é uma ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral, uma vez que por meio dela é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado.

leva em consideração os sentimentos e as necessidades dos sujeitos em adoecimento. Neste viés, a acolhida deve ser considerada como um momento imprescindível, decisivo para a continuidade da prestação de serviço, posto que se inicia a construção de vínculo entre o(a) assistente social e o(a) usuário(a).

Este procedimento exige um ambiente acolhedor, que garanta a privacidade do sujeito, bem como uma postura ética, crítica e acolhedora do(a) assistente social, visto que, quando esta pessoa chega até a instituição, encontra-se fragilizada, sendo necessário que o(a) profissional respeite seu choro, entenda seus anseios, seja cordial, escute o seu relato de forma atenta para que responda com eficácia às demandas apresentadas. Para Chupel e Miotto (2010):

Pode-se dizer que para o Serviço Social, o acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos assistentes sociais. Ele congrega três elementos que agem em concomitância: a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário. Objetiva o acesso a direitos das mais diversas naturezas, bem como a criação de vínculos e a compreensão de elementos para fundamentar uma futura intervenção (Chupel; Miotto, 2010, p. 19).

O acolhimento constitui um processo de intervenção profissional que é incorporado nas relações humanas, e não se limita ao ato de somente receber alguém, mas um processo permeado de ações que envolvem a escuta social qualificada e a valorização da demanda. Segundo os pressupostos de Sheibel e Ferreira (2011), o acolhimento pode ser compreendido como: uma postura que pressupõe atitude ética por parte do(a) trabalhador(a) de receber, escutar e tratar humanizadamente o(a) usuário(a) e suas demandas; técnica que instrumentaliza procedimentos e ações organizadas que facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados; política por ser orientador dos processos de trabalho que pontua problemas e oferece respostas a questões referentes à organização dos serviços de saúde.

O acolhimento ultrapassa a perspectiva de acesso aos serviços da instituição, é mais que uma ação de recepção do(a) usuário(a), envolve não somente a existência do espaço para essa função, mas inclui também o desenvolvimento humano capaz de ouvir e compreender o(a) usuário(a) em todo o processo de atendimento.

Acolhimento pressupõe, também, na partilha e compartilhamento de

saberes, as angústias e invenções, assumindo para si a responsabilidade de amparar e resguardar os sujeitos em suas exigências, com responsabilidade e resolutividade indicadas pelo problema em questão (Raimundo, 2011, p. 49).

A escuta, por sua vez, configura-se como um espaço onde sua fala, suas opiniões e dificuldades são ouvidas e compartilhadas, fazendo do acolhimento um instrumento de múltiplas ações e possibilidades. Filgueiras e Deslandes (1999) destacam que:

A atitude de escuta pressupõe a capacidade do profissional de propiciar um espaço para que o usuário possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação à sua situação de saúde e responder às reais expectativas, dúvidas e necessidades deste (Filgueiras; Deslandes, 1999, p. 124).

Assim, a escuta é um processo construído com transparência, onde se compartilha os questionamentos, as aspirações e a interação com a pluralidade de ideias. O(a) usuário(a) que chega até a instituição necessita ser ouvido até o fim sobre aquilo que ele tem a dizer, além disso a escuta possibilita compreender a subjetividade presente em cada caso. A escuta permite priorizar também, além das intervenções, a atenção em relação aos direitos sociais dos(as) usuários(as) e favorece que cada caso seja direcionado de maneira apropriada.

Em síntese, a vida não é apenas o que se passa em cada uma das pessoas, mas, principalmente, o que acontece entre elas, nos vínculos que constroem e que reconstroem. Para Ferreira (1975), acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. Assim, o acolhimento é um elo construído a partir de cada encontro, portanto, como construção de diálogos nos processos de interpretação e concepção, buscando transformar a realidade do(a) usuário(a).

A pessoa com câncer deve ser reconhecida em sua integralidade, como os aspectos da sua história de vida, as perspectivas de tratamento, dentre outros. Para a efetivação da intervenção constitui-se de grande relevância a socialização do conhecimento de diferentes profissionais, os(as) quais interagem e expõe seus pontos de vista pautados nas singularidades das profissões.

Pode-se dizer que a integralidade é uma prestação de serviço do cuidado integral realizado pela equipe multiprofissional em todas as

áreas de conhecimento da saúde, com a finalidade de suprir, sem barreiras, as mais variadas necessidades do usuário (Seixas, 2007, p. 74).

Haja vista, o desenvolvimento de ações totalmente isoladas e, portanto, desprendidas das intervenções de outros(as) profissionais, atribuem ao(a) usuário(a) uma concepção restrita à cura da doença e do respectivo tratamento. Além disso, a saúde deve ser reconhecida também sob a ótica da compreensão de que as condições de vida do(a) usuário(a) podem influenciar tanto o processo de adoecimento, quanto de tratamento.

A superação da abordagem mecanicista da determinação da saúde e da doença implica a politização da prática, que, resgatando a totalidade na singularidade do adoecer e da saúde, demarca o que é possível e necessário ser feito, sem esquecer que a ação decidida deve ser um resultante da definição de necessidades, interesses e prioridades dos usuários (Vasconcelos, 2000, p. 80).

O trabalho em equipe exige uma horizontalização dos saberes oriundos das profissões envolvidas, do reconhecimento e valorização das diferentes práticas, permitindo o diálogo entre os(as) profissionais. A construção da multidisciplinaridade que se caracteriza pelo processo de sínteses provisórias na apreensão da realidade e intervenção nela, deve partir da análise sobre as carências sociais impostas no cotidiano do trabalho, as quais impõem práticas que ultrapassam os conhecimentos de uma área específica, desafiando a permanente integração de conhecimentos e a construção de competências compartilhadas.

De acordo com o conceito de multidisciplinaridade, a mesma recorre a informações de várias especialidades para estudar um determinado elemento, sem a preocupação de interligar as disciplinas entre si. Dessa forma, cada área contribui com informações próprias do seu campo de conhecimento, sem considerar que existe uma integração entre elas.

Para Mito (2006), as equipes multiprofissionais são constituídas visando “integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde”. Todavia, para que isso ocorra, torna-se necessário a interação contínua entre os(as) componentes da equipe multidisciplinar; de modo a trocar informações, experiências e planejar intervenções com base nessas interações.

Paiva (2000) assinala que como trabalhador(a) especializado(a), o(a) assistente social deve apresentar propostas profissionais que vislumbrem soluções para além da requisição da instituição, cujas demandas são apresentadas na versão burocratizada e do senso comum, destituídas da tradução ético-política ou interpretação teórico-metodológica. Portanto, cabe ao(a) assistente social a responsabilidade de imprimir, na sua ação, os saberes acumulados pela profissão ao longo do processo de reelaboração das demandas a ele(a) encaminhadas.

Outrossim, nas práticas do cotidiano o(a) profissional precisa estar comprometido(a) com o rompimento de práticas imediatistas, isto é, despojar-se da aparência das demandas. Na prática imediatista, o cotidiano encontra-se saturado de atividades, sendo a emergência determinante para a resolutividade das demandas, mesmo que isso corrobore para encaminhamentos não sistemáticos.

Coelho (2008) assinala que o imediatismo é a intensificação do imediato, o que extrapola aquilo que é possível no aqui e no agora, é o frenesi da vida cotidiana que não comporta mais o presente como algo que é, em decorrência de um movimento, de um processo e que não se projeta para o futuro, o vir a ser. “A forma de expressão que revela o imediatismo como a saturação do presente por ele mesmo é aquela na qual o(a) assistente social sente que atua sempre como se tivesse apagando o fogo” (Coelho, 2008, p. 78).

Salienta-se que a prática imediatista¹⁷ é, na maioria das vezes, uma abordagem marcada pelo individualismo, a qual o(a) profissional se atém às soluções das demandas cotidianas requeridas pelos(as) usuários(as) e pela instituição, restringindo-se a esse atendimento, sobressaindo as demandas internas no limite da instituição em detrimento das externas, prevalecendo uma abordagem emergencial. Coelho afirma que:

Na relação que o profissional estabelece com o usuário, na prática imediatista, a abordagem é sempre individual, podendo abarcar o atendimento/orientação do grupo familiar e a ênfase dá-se com a compreensão de que cada caso é um caso. Como as demandas são sempre individualizadas, subsumem-se os problemas relacionados

¹⁷ Para Coelho (2008), os nexos que essa prática estabelece com as determinações sócio-históricas e jurídico-legais são tênues, frágeis, pois a sua valoração vincula-se à capacidade de dirimir as tensões sociais. O conteúdo contido nessa prática restringe-se ao que é suficiente para o desencadeamento de prontas respostas prático-utilitárias. Trata-se de uma prática cuja significação aparentemente se encontra nela mesma, em-si. E, quando o assistente social, premido pela urgência das coisas e pelo ritmo acelerado do cotidiano, estilhaça-se, ele questiona a escolha que fez pela profissão e não a coisa em-si.

aos limites da instituição, da própria operacionalização da política social e se encobrem as possibilidades de politização das expressões da questão social. As ocorrências tornam-se problemas de fórum privado de cada indivíduo, e o assistente social é chamado a dar apoio ao usuário, apaziguar e solucionar conflitos, repassar mecanicamente os benefícios de que a instituição dispõe, elaborar declarações e pareceres sociais, agilizar o atendimento e preencher cadastros e formulários para cumprir as determinações burocráticas da instituição (Coelho, 2008, p. 82).

Do ponto de vista da divisão social e técnica do trabalho, o exercício profissional do(a) assistente social fundamenta-se nas exigências das instituições, as quais prezam pela imediatez, para que os(as) trabalhadores(as) possam operar no cotidiano, por meio de rotinas rígidas, controladas e eficazes. Os valores que incidem sobre essa prática são determinados pela produção da mais valia pela classe trabalhadora, apropriada pela minoria que detém os meios de produção. Nesse viés:

O sentido utilitário da prática cola-se, dessa forma, às necessidades impostas nas relações de produção e reprodução social da sociedade capitalista. Esse sentido, voltado às necessidades de acumulação e ampliação do capital, encontra-se impregnado no comportamento e pensamento dos indivíduos, que consciente ou inconscientemente, tendem a reproduzi-lo mecanicamente. Assim, a prática, na sociedade capitalista, é entendida como ação individual e toma a forma de subjetividade individual (Coelho, 2008, p. 247).

O conhecimento é a realidade apreendida em suas múltiplas determinações, constituindo-se como um guia que orienta a intervenção na realidade. A realidade e o seu conhecimento, por seu lado, não são estáticos, remetendo à necessidade de ultrapassar a imediatez dada para conhecer a realidade e para apreender o ser social. A realidade é o resultado de um processo e, para conhecer esse resultado, faz-se necessário a compreensão dos determinantes que permeia a realidade.

Consoante Coelho (2008), quando o(a) profissional apreende a dinâmica dessa sociedade apenas pelo viés do pensamento burguês, a sua consciência acerca do movimento do real e a sua prática baliza-se pela imediatez alojada na certeza sensível, na intuição e no entendimento, participando mecanicamente da reprodução das relações sociais¹⁸.

¹⁸ Bulla (2003) a partir do estudo de Marx e Engels conceitua que, no processo de trabalho, os homens criam determinadas relações entre eles (relações de produção), que, juntamente com a capacidade de produzir (forças produtivas), constituem o modo de produção. Para a autora, as relações de produção modelam a estrutura social e a repartição da sociedade em classes. Quando as condições materiais de produção mudam, também se alteram as relações entre os homens que ocupam a mesma posição

Nessa perspectiva, o rompimento com o imediatismo e, conseqüentemente, uma prática profissional orientada por uma abordagem histórico-crítica, comprometida com os valores do trabalho criam condições para a apreensão das contradições que permeiam as relações sociais na sociedade capitalista e as transformações políticas, econômicas, sociais e culturais, bem como possibilitam no exercício profissional, o conhecimento da realidade do(a) usuário(a) em sua totalidade, não apenas nos limites institucionais.

A prática orientada por uma visão crítica implica a apreensão da realidade em sua totalidade, busca compreender as determinações, as legalidades, as mediações e as contradições que envolvem o exercício profissional com base nas análises sócio-históricas. Para tanto, Coelho (2008) enfatiza que, faz-se necessário o recurso aos fundamentos teórico-metodológicos que possibilite desvelar as contradições e as determinações da realidade, indicando um nível de receptividade do mundo exterior pela consciência, na qual as demandas que se apresentam cotidianamente ao exercício profissional não têm existência em si mesmas, nem tampouco, são frutos da abstração.

Em vista disso, refletir acerca da prática profissional do(a) assistente social significa apreendê-la de maneira objetiva e subjetiva. Implica, portanto, estabelecer os elos constitutivos entre a prática profissional e os determinantes sociais da sociedade capitalista que criam e recriam suas necessidades para intervir nas expressões da questão social, a fim de compreender suas determinações sociais. Significa, ainda, afirmar que não há prática descolada de intencionalidades, mesmo quando visam somente atender uma demanda emergencial. Visto que, mesmo o

na sociedade de classes, denominada relações sociais.

Entretanto, nos termos de Lessa (2007) o trabalho é a categoria que funda o desenvolvimento do mundo dos homens como uma esfera distinta da natureza. [...] contudo, a reprodução do mundo dos homens, a sua história, apenas é possível pela gênese e desenvolvimento das relações sociais, o seu desenvolvimento exige o desenvolvimento concomitante (ainda que contraditório) das próprias relações sociais. E estas, por sua vez, precisam da mediação de complexos como a ideologia, a filosofia, a arte, a educação, a sexualidade, a alimentação, o Estado, o Direito, a política, etc. [...] afirmar a centralidade do trabalho, para Marx, não significa desconsiderar a ação na história de outros complexos sociais. Pelo contrário, apenas sendo, em última análise, fundados pelo trabalho, é que os complexos sociais distintos do trabalho podem interagir com ele, consubstanciando o complexo processo de desenvolvimento dos homens que é a reprodução social. [...] [quando pensadores] tendem a reduzir o mundo dos homens ao trabalho (ou, inversamente, tendem a generalizar o trabalho até transformá-lo na única forma de práxis social) terminam por produzirem teorias que não refletem o que o ser social possui de mais característico se comparado com a natureza: ser um complexo no qual a centralidade do trabalho se afirma pela criação, ao longo da história, de complexos sociais que não mais se identificam com o trabalho. (LESSA, 2007)

exercício profissional circunscrito em processos rotineiros e burocráticos, corroboram uma determinada direção social.

3 ONG'S DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM CÂNCER EM SERGIPE: requisições profissionais do trabalho de assistentes sociais

3.1 Espaços sócio-ocupacionais

O surgimento do terceiro setor tem como respaldo a falta de responsabilização do Estado frente às demandas sociais que são engendradas na sociedade civil, como parte estratégica do sistema capitalista que deve ser resolvido também, pela sociedade civil, onde esta última, passa a cumprir responsabilidades com as expressões da questão social, em conjunturas neoliberais devido à crescente acumulação de capital. As casas de apoio são exemplos disso.

Para Alencar (2009), o processo da contrarreforma do Estado brasileiro com a transferência dos serviços sociais para o “terceiro setor” repercute na profissão de Serviço Social, no seu espaço ocupacional, nas condições e relações de trabalho, criando novas funções e competências. Visto que, o contexto de mudanças no padrão de resposta às expressões da questão social nas últimas décadas implica também no reordenamento do espaço sócio-ocupacional dos(as) profissionais, a medida em que se reconfigura de forma significativa o campo das políticas sociais, mediante as tendências de privatização, mercantilização e refilantropização¹⁹ das formas de enfrentamento da questão social. Desse modo, Alencar (2009) revela que:

O primeiro elemento a assinalar é que aquele espaço profissional-ocupacional dos assistentes sociais, constituído sob os princípios da politização da questão social, passa a ceder lugar às chamadas organizações sociais, imbuído dos princípios da ajuda e solidariedade e que pode levar à desprofissionalização do atendimento social (Alencar, 2009, p. 13).

Nesta perspectiva, o Serviço Social por ser uma profissão inserida na divisão

¹⁹ Na medida em que amplos setores da população ficaram descobertos pela assistência estatal - precária, focalizada e descentralizada, transfere-se à órbita da sociedade civil a iniciativa de assisti-la mediante práticas voluntárias, filantrópicas, caritativas e de ajuda mútua. Nesse viés, a lógica da cidadania alicerça-se no discurso da solidariedade e da filantropia, e não dos direitos sociais.

social e técnica do trabalho, surgiu aliado às necessidades do sistema capitalista, o(a) profissional vende sua força de trabalho às instituições onde são demandados, principalmente, pelo afastamento do Estado, através da execução direta da oferta de serviços sociais. Entretanto, o Estado ainda é o maior empregador do trabalho de assistentes sociais. Se situando no âmbito de contradições entre o capital e o trabalho, além dos impactos institucionais que contrariam ou apoiam o seu posicionamento profissional. Na concepção de Iamamoto (2003):

O Serviço Social se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, tendo por pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana, processos esses aqui apreendidos sob o ângulo das novas classes sociais e emergentes – a constituição e expansão do proletariado e a da burguesia industrial – e das modificações verificadas na composição dos grupos e frações de classes que compartilham o poder de Estado em conjunturas específicas. É nesse contexto, em que se afirma a hegemonia do capital industrial e financeiro, que emerge sob novas formas a chamada “questão social”, a qual se torna a base de justificação desse tipo de profissional especializado (Iamamoto, 2003, p. 77).

Assim, a atuação do(a) assistente social no terceiro setor é permeada por limitações, visto que, o(a) profissional atua ora em favor da dimensão hegemônica, quando atende às premissas impostas pela instituição empregadora, ora em favor da dimensão subalterna, quando atende aos interesses da classe trabalhadora, que nesse caso é a população usuária dos serviços sociais. Conforme apontam os autores Carvalho e Netto (2007):

Em síntese, toda prática social é determinada por um jogo de forças (interesses, motivações, intencionalidades); pelo grau de consciência de seus atores; pela visão de mundo que os orienta; pelo contexto onde esta prática se dá; pelas necessidades e possibilidades próprias a seus atores e próprias a realidade em que se situam. As diversas práticas sociais tomam diferentes significados (Carvalho; Netto, 2007, p. 59).

A inserção dos(as) assistentes sociais no terceiro setor tende a ser caracterizada pela precariedade das inserções empregatícias, onde há predominância das flexibilizações contratuais, marcadas pelos salários reduzidos, pela rotatividade de emprego, duplicidade da jornada de trabalho, além do sucateamento do aparato organizacional e institucional.

Iamamoto (1982) evidencia que, os projetos sociais das organizações privadas são movidos pelo interesse privado em detrimento do interesse público. Ocorre que, sendo o atendimento voltado para grupos e segmentos sociais específicos, ele tem por base os princípios da seletividade e da elegibilidade do atendimento social. O trabalho do(a) assistente social passa a ter, portanto, sentidos e resultados sociais bem distintos, o que altera o significado social do trabalho técnico-profissional, bem como ainda seu nível de abrangência.

Face ao exposto, verifica-se que o neoliberalismo tem produzido novas formas de reinventar o conservadorismo, no caso particular do Serviço Social ele se apresenta, dentre outros determinantes, sob roupagens expressas no parâmetro imediatista e fragmentado, centrado na individualização do fazer profissional que resgata traços tecnicistas mediante as requisições imediatas do mercado de trabalho.

Silva (2011) sublinha a importância do Projeto Ético-político do Serviço Social como baliza de sustentação às ações voltadas para a classe menos favorecida. É através do exercício profissional norteado por um projeto crítico que o(a) assistente social irá se contrapor à realidade societal, analisando e reconhecendo os valores que estão voltados para outro projeto de humanidade.

O Projeto Ético-político concede à categoria profissional um cunho que ultrapassa a coletividade profissional, perpassando o elemento da sociabilidade de maneira geral, logo que é no âmbito social que são destinadas as intervenções do(a) assistente social. Nesse cenário de contradições, o(a) profissional de Serviço Social deve buscar por meio da qualificação, do conhecimento e análise crítica da realidade estratégias que o(a) possibilite enfrentar o projeto neoliberal, a fim de legitimar-se mediante a tendência devastadora imposta pelo capitalismo no âmbito do terceiro setor.

Nessa direção, o Projeto Ético-Político:

[...] envolve um conjunto de componentes articulados, como valores, saberes e escolhas teóricas, práticas, ideológicas, políticas, éticas, normatizações acerca de direitos e deveres, recursos político-organizativos, processo de debate, investigações, interlocução crítica com o movimento da sociedade da qual a profissão é parte e expressão (Yazbek; Martinelli; Raichelis, 2008, p. 23).

Nesse contexto, a intervenção do(a) assistente social no terceiro setor deve ser direcionada pelos princípios éticos da profissão sem perder o caráter da viabilização

de direitos que traz o Serviço Social e que se propõe a instrumentalizar politicamente o(a) usuário(a) como sujeito de direitos e não de benevolência, caridade ou ajuda.

Destarte, o(a) profissional de Serviço Social inserido(a) em instituições de apoio a pessoa com câncer lida diariamente com a chegada dos(as) usuários(as) com a doença em estado avançado, além das transformações provocadas pelo conhecimento do diagnóstico, como implicações sociais, emocionais e físicas, lida também com o agravamento dos vínculos familiares e dos recursos econômicos, haja vista, na maioria das vezes, ser o(a) provedor(a) da família.

Dessa maneira, é exigido do(a) assistente social uma atitude interventiva, aliada ao arcabouço intelectual, reforçando a importância da junção entre trabalho concreto e abstrato na práxis profissional. Desta maneira, Iamamoto (2010) enfatiza que:

Nas relações com os usuários, o trabalho terá um legado material e intelectual. Material porque constitui resposta as necessidades de sobrevivência dos usuários, isso é, ao viabilizar o acesso aos direitos, serviços e benefícios, contribui-se para a reprodução da sua força de trabalho, de sua subsistência e de sua família. Nessa perspectiva, a atuação do assistente social nas casas de apoio orienta-se por uma intervenção junto aos usuários, aos seus familiares e a sua rede de suporte social (Iamamoto, 2010, p. 32).

Em vista disso, o(a) profissional de Serviço Social tende a compreender o(a) usuário(a) não apenas como um sujeito dotado de direitos, mas também pela subjetividade que permeia a realidade do(a) mesmo(a). Para Afonso (2009):

A Constituição Federal possibilita o exercício da cidadania em outros moldes. Pela perspectiva dessa cidadania, uma cidadania participativa, a inclusão social extrapola a garantia de acesso aos direitos dos indivíduos acometidos com câncer, abrangendo também, o empoderamento do sujeito para que ele possa exercê-los. Para tal, o sujeito não pode se limitar a ser um usuário que acesse, com a proteção do Estado, uma série de serviços, mas precisa ser visto como alguém potencialmente capaz de agir, reivindicar, refletir, construir, participar com base em suas crenças, valores, vínculos, alianças e projetos. Ou seja, é um ator social dotado de subjetividade (Afonso, 2009, p. 6).

Acrescenta-se ainda, que a atuação dos(as) assistentes sociais se dá desde o primeiro momento em que o(a) paciente e o(a) acompanhante chegam às instituições de apoio, seja por encaminhamento realizado pelos hospitais de referência no

tratamento do câncer, seja por demanda espontânea, uma vez que o Serviço Social se configura como porta de entrada das instituições.

Não obstante, de forma a enfatizar a importância da atuação do(a) assistente social nas casas de apoio, Gualda (2008) explicita seus pressupostos:

A necessidade de intervenção social para o doente visa à humanização dos procedimentos a fim de que o indivíduo doente reelabore seu estado emocional e lide com a doença de maneira menos agressiva possível. Nesse sentido, o assistente social possui competências para intervir junto aos fenômenos socioculturais (emocionais e comportamentais) que contribuem para a melhoria da qualidade de vida de doentes oncológicos (Gualda, 2008, p. 5).

Deste modo, a intervenção do Serviço Social torna viável ao(a) paciente alternativas para o enfrentamento do tratamento oncológico, logo que segundo o enfoque de Bretani (2013):

O assistente social está preparado para acrescentar na relação com o paciente, elementos que possibilitem o enfrentamento de sua condição de pessoa doente, sua relação com a família [...] a continuidade do tratamento e outras condições chamadas “sociais”, vitais ao SUS e à sobrevivência, que são de seu domínio profissional (Bretani, 2013, p. 43).

Desta forma, como sublinhado por Silva (2017), a atenção do Serviço Social possibilita melhoria da qualidade de vida de pacientes oncológicos, pois a atenção ao(a) paciente de uma doença que provoca mudanças significativas no comportamento dos indivíduos gera necessidades a serem atendidas e, assim, o(a) assistente social exerce intervenção fundamental na colaboração para a melhoria da qualidade de vida da pessoa acometida pela doença a partir da compreensão da experiência da pessoa com câncer e o adequado acolhimento e apoio ao indivíduo e a seus familiares.

Não obstante, considerando a conjuntura das Organizações da Sociedade Civil, onde o(a) profissional se defronta com as requisições institucionais, o(a) assistente social é obrigado a atuar através de práticas conservadoras. Constituindo-se como um dos principais desafios para o(a) profissional, qualificar-se, ser propositivo(a), ter visão crítica no sentido de ultrapassar de práticas imediatistas, além de concretizar ações para organização de grupos histórico e socialmente excluídos, com base nos princípios éticos da profissão.

Convém ser mencionado, que por ser um espaço de atuação profissional em processo de construção contínua, o trabalho dos(as) assistentes sociais nas instituições de apoio é fortalecido pelo projeto ético político. Isto é, o trabalho do(a) assistente social é cercado por situações da vida cotidiana, espaço pelo qual o(a) profissional, pautado(a) na perspectiva ético-política que norteia a profissão, poderá desenvolver possibilidades através da mediação²⁰, para além da visão fenomênica. Além disso, todo o trabalho profissional tem o intuito de atender às pessoas com câncer como ser social em sua totalidade, com a finalidade de amenizar os reflexos causados pelo tratamento oncológico.

Constitui-se de grande relevância mencionar que o(a) profissional de Serviço Social atua juntamente com a equipe multidisciplinar com práticas que visam alicerçar atuações mais críticas e com o olhar mais totalizante a respeito da pessoa com câncer e sua família. Posto que, somente por esse parâmetro é possível a construção de uma perspectiva de trabalho menos restritiva e que vislumbre os direitos dos(as) assistidos(as) com câncer de maneira mais ampla, imprimindo uma postura direcionada para o reconhecimento de que os direitos sociais devem ser garantidos, sobretudo, pelo Estado.

Desse modo, especificamente no caso dos(as) assistentes sociais, que é assunto dessa pesquisa, a troca de conhecimentos com a equipe interdisciplinar torna-se imprescindível para o aprofundamento e a discussão de possibilidades de ampliação do atendimento, bem como para o direcionamento das pessoas com câncer no acesso aos direitos. Além disso, a troca de conhecimentos permite que a equipe multiprofissional e o(a) assistente social percebam atitudes preconceituosas que podem dificultar e estigmatizar o acesso do(a) assistido(a) e sua família aos seus

²⁰ Guerra (2000) considera a mediação como ações instrumentais para o exercício profissional crítico e competente. Para a autora, reconhecer a instrumentalidade como mediação significa tomar o Serviço Social como totalidade constituída de múltiplas dimensões: técnico-instrumental, teórico-intelectual, ético-política e formativa, e a instrumentalidade como uma particularidade e como tal, campo de mediações que porta a capacidade tanto de articular estas dimensões quanto de ser o conduto pelo qual as mesmas traduzem-se em respostas profissionais.

Segundo Martinelli (1993, p. 136), mediações são categorias instrumentais pelas quais se processa a operacionalização da ação profissional. Expressam-se pelo conjunto de instrumentos, recursos, técnicas e estratégias e pelas quais a ação profissional ganha operacionalidade e concretude. São instâncias de passagem da teoria para a prática, são vias de penetração nas tramas constitutivas do real.

direitos, e analisem com cuidado para que sejam tratados de forma crítica, contribuindo para uma visão totalizante da situação.

Inca (2017) utiliza-se dos seguintes pressupostos:

Nesse sentido, o profissional deve atuar referenciado numa prática que proporciona o fortalecimento da população usuária, como sujeitos de direitos, não se detendo apenas no conhecimento da realidade, mas, sobretudo, no dimensionamento de propostas competentes e eficazes, que visam a preservação do respeito ético pela liberdade da vida humana (Inca, 2017, p. 82).

Por conseguinte, uma das estratégias com a qual os(as) assistentes sociais devem se comprometer especialmente é reforçar que os(as) usuários(as) são sujeitos de direitos e que devem também, buscar através do seu cotidiano a sua emancipação e busca pela transformação social em meio à sociedade, bem como o serviço social deve conhecer as formas de resistências adotadas pelos(as) usuários(as), de modo a potencializá-las no âmbito da coletividade. De acordo com Iamamoto (2011):

Desmistificar tais visões é pressuposto para que se ocupe, redimensione e amplie o espaço profissional em um mercado de trabalho altamente competitivo. Exige olhar além das fronteiras imediatas das atividades executadas rotineiramente, para apreender as tendências dos processos sociais e as mudanças macroscópicas que ocorrem na contemporaneidade, para identificar, por meio delas, novas possibilidades e exigências para o trabalho (Iamamoto, 2011, p. 110).

Na contextualização do Inca (2017), a diferenciação técnico-operativa e substantiva da profissão dá-se na construção de um projeto profissional que indique o que fazer; que permita uma atuação qualificada, crítica e consciente; que oriente os meios e as estratégias para a intervenção; que sinalize o quando, o para onde e o com quem avançar e, se necessário, recuar. O projeto do Serviço Social possibilita ao(a) profissional compreender melhor a natureza e o significado de sua intervenção, na medida em que lhe remete a capacidade de saber quando avançar e quando recuar.

O Inca (2017) conceitua ainda que:

Faz-se necessário ao profissional a apropriação do conhecimento teórico que lhe permita fazer escolha consciente de valores universais para a realização de atribuições e competências que lhe são

delegadas. Porque uma atuação profissional orientada por um projeto profissional crítico, baseado em valores humanistas e universais, numa concepção de homem enquanto sujeito autônomo e com uma teoria que busca apreender a realidade estrutural em sua essência, bem como iluminar as finalidades, permite ao profissional um domínio teórico-metodológico, com adoção de uma postura investigativa e interventiva, competente e comprometida com o atendimento das necessidades humanas (Inca, 2017, p. 85).

Nesse viés, o(a) assistente social deve intervir referenciado(a) pela práxis do Serviço Social, a qual atua nas relações sociais, estando inserida nos interesses antagônicos de classes, e requer do(a) profissional posicionamento político considerando o contexto sócio-histórico e uma prática que proporciona o fortalecimento da população usuária, como sujeitos de direitos, não se contentando apenas no conhecimento da realidade, mas, sobretudo, no dimensionamento de propostas competentes e eficazes, que visam a preservação do respeito ético pela liberdade da vida humana.

Conforme os pressupostos explícitos por Bravo et al. (2009), os objetivos profissionais da categoria passam pela compreensão dos aspectos sociais, culturais e econômicos que interferem no processo de saúde-doença e no enfrentamento dessas questões.

Segundo Paulo Netto (2009), os projetos profissionais são construídos por um sujeito coletivo e visam a formulação, entre outros componentes, de um conjunto de referências técnicas, teóricas, éticas e políticas para o exercício do trabalho profissional. Esses são indissociáveis dos projetos societários que lhes oferecem matrizes e direção social.

Conforme mencionado acima, é de suma importância para o(a) profissional de Serviço Social no cotidiano da instituição de apoio as pessoas com câncer perceber a realidade como totalidade, apanhando as contradições, de maneira a conduzir suas mediações, possibilitando a captação de saberes explicativos e interventivos para o enfrentamento das contradições que se encontram na própria realidade do(a) assistido(a), bem como seus processos de resistência adotados no cotidiano. Sendo assim, o(a) assistente social pode identificar, em sua prática, as questões que implicam no processo de tratamento do(a) usuário(a) com câncer, de maneira a garantir o direito ao acesso aos serviços e qualidade no tratamento.

Nesse ínterim, o projeto ético-político do Serviço Social permite aos(as) profissionais uma orientação por uma determinada direção social, ficando perceptível

os objetivos de sua intervenção, bem como as inúmeras possibilidades de escolhas, antevendo as demandas diante das tendências históricas que se configuram e requisitam respostas competentes de um(a) profissional comprometido(a) com os direitos dos(as) usuários(as) e a articulação com outros(as) profissionais.

Dessa maneira, o(a) profissional de Serviço Social deve-se utilizar de seus saberes específicos para viabilizar os direitos das pessoas com câncer. O acolhimento e a formação de vínculo são apenas o início do trabalho que compete à instituição em geral. Tornando-se imprescindível também, que o(a) assistente social tenha uma intervenção pautada no conhecimento do processo histórico, da realidade social, econômica e cultural dos(as) usuários(as) atendidos(as), bem como o conhecimento da conjuntura em que estes(as) estão inseridos(as).

Mediante o exposto, percebe-se o quanto a articulação investigação-intervenção²¹ por parte dos(as) assistentes sociais nas instituições de apoio as pessoas com câncer tornam-se indispensável para a efetivação dos direitos, para dar voz aos sujeitos em adoecimento. Tornando-se imprescindível na prática profissional, apreender a realidade na sua totalidade a partir de intervenções críticas perante as múltiplas expressões da questão social e arcabouço teórico para ações interventivas na garantia e efetivação de direitos sociais. Com a finalidade de ultrapassar o caráter assistencial e filantrópico atribuído historicamente à profissão e da natureza econômica e social das instituições do terceiro setor.

²¹ Guerra (2009) aponta que a investigação e a intervenção são elementos que, embora de naturezas distintas, compreendem a dialética do modo de ser da profissão, claramente expresso nas competências/atribuições profissionais. “A dimensão investigativa está intrinsecamente relacionada com a dimensão interventiva, e a qualidade de uma implica a plena realização da outra” (Guerra, 2009, p. 14).

O Serviço Social é uma profissão investigativa e interventiva. Portanto, as análises de seus estudos e pesquisas precisam ser realizadas a partir de situações concretas e possuir utilidade social, não interessando o conhecimento realizado apenas com finalidade descritiva e contemplativa. Para que os estudos e pesquisas tenham utilidade social é fundamental, além da clareza do projeto ético-político [...], o domínio teórico-metodológico e técnico-operativo, alicerçados pelo conjunto de conhecimentos, habilidades, atribuições, competências e compromissos necessários à realização dos processos de trabalho, em qualquer espaço ou âmbito de atuação onde o assistente social o realize (Fraga, 2010, p.46).

Battini refere que a atitude investigativa é a permanente busca do novo pela reconstrução de categorias teórico-metodológicas de leitura e intervenção na realidade social, pois: “Pensar os fatos, os acontecimentos, as relações, exige questionar, investigar a realidade, criticá-la, tornando-a evidente pela contínua recolocação de questões, fazendo -a emergir de forma cada vez mais rica e viva, recriando-a num contínuo percurso entre a aparência e a essência, entre a parte e o todo, entre o universal e o particular, numa visão dialética” (Battini, 1994, p. 144).

Um ponto evidenciado tanto nos relatórios de estágio, quanto na pesquisa documental diz respeito a **relação público-privado**, a qual é estabelecida através das parcerias entre as instituições e o Estado, estas que se concretizam através de convênios e financiamentos repassados pelo Estado para a prestação de serviços das instituições, e execução dos projetos e programas institucionais.

Neoliberalismo e terceiro setor são parceiros no atendimento às pessoas com câncer, excluídas socialmente, em condições de grande vulnerabilidade social, oriundas dos municípios do interior do estado de Sergipe ou mesmo de outros estados como Bahia e Alagoas. Particularmente, mulheres, pobres em cuidado de si ou assumindo responsabilidades familiares com filhos(as) em tratamento de câncer.

Todos os dados da subseção anterior, ratificam em uma perspectiva de classe e gênero processos de exploração-dominação-opressão, ficando invisibilizada a questão da raça dessas pessoas, por inexistência de dados/informações. Levando a inferência que ratifica o tema da campanha do Conjunto CFESS-CRESS: *“Se cortam direitos, quem é preta e pobre sente primeiro”*. E acrescentaríamos que são esses sujeitos que contam com o atendimento das Organizações da Sociedade Civil, pessoas historicamente excluídas²² da sociedade, vivenciando uma doença devastadora, tendo comprometida sua dignidade humana e a própria vida.

O público e o privado são historicamente indissociáveis na prestação de serviços de assistência social e saúde. De acordo com Sposatti (1988), desde o surgimento das Santas Casas, as entidades filantrópicas recebiam doações e subsídios dos donatários e colonos, governadores e nobres da coroa portuguesa, não havendo muita distinção entre as práticas de saúde e assistência social.

Antes da promulgação da Constituição de 1988 a assistência social e a saúde

²² Sposatti (1998) considera que o conceito de exclusão social se confronta diretamente com a concepção de universalidade e com ela a dos direitos sociais e da cidadania. Para a autora, a exclusão é a negação da cidadania. Há um caráter diferencial na concepção de exclusão social quando territorializada ao terceiro mundo ou a um segmento social como a pobreza, usando aqui uma concepção interpretativa àqueles mais desiguais.

A autora infere que esta forma de entender supõe incorporar uma dimensão cultural, portanto relativa ao conceito de exclusão social. Por conter elementos éticos e culturais, a exclusão social se refere também à discriminação e a estigmatização. “A pobreza define uma situação absoluta ou relativa. Não entendo estes conceitos como sinônimos quando se tem uma visão alargada da exclusão, pois ela estende a noção de capacidade aquisitiva relacionada à pobreza a outras condições atitudinais, comportamentais que não se referem tão só à capacidade de não retenção de bens. Consequentemente, pobre é o que não tem, enquanto o excluído pode ser o que tem sexo feminino, cor negra, opção homossexual, é velho etc. A exclusão alcança valores culturais, discriminações” (Sposatti, 1998, p. 3).

eram tratadas de maneira secundarizada, visto que o Estado não assumia o papel das políticas sociais, transferindo a responsabilidade para as entidades sem fins lucrativos, fomentando a filantropia através de isenções de impostos, certificações, subvenções e concessões de áreas públicas.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 ocorreram mudanças, tornando a saúde e assistência social políticas públicas não contributivas como direito de todos e dever do Estado, além da previdência social contributiva. Todavia, a partir da década de 1990, com a instauração do projeto neoliberal, conforme citado nas seções anteriores, foi dado início a uma série de contrarreformas, ficando o papel do Estado direcionado ao controle, fomento e financiamento de atividades sociais.

É neste contexto de Estado Mínimo para o social e máximo para o capital que as Organizações da Sociedade Civil conquistam espaço na dicotomia público-privado, onde assumem o papel de executoras de serviços de saúde e assistência à população. Segundo Mestriner (2011), durante muito tempo o paradigma filantrópico foi o padrão de resposta às demandas sociais direcionadas à determinados segmentos da população.

O terceiro setor atua atrelado ao mercado e ao Estado, porém, suas atividades não preveem finalidades lucrativas, voltando-se para o interesse público, assim como o Estado. Isso porque, a obtenção de lucro não é legalmente aceitável, configurando-se como crime. Atuando na prestação de serviços em parceria com Estado, onde os recursos excedentes devem ser reaplicados nos objetivos sociais da instituição, não podendo ser distribuídos entre seus dirigentes.

De acordo com os pressupostos de Fernandes (1994), o caráter identitário do terceiro setor surge da negação entre Estado e mercado. O autor destaca que o terceiro setor não é governo, muito menos empresa, não possuindo a finalidade lucrativa, tampouco atribuições político estatais. Apesar disso, suas ações são destinadas ao público e a sua estruturação contém elementos do privado. Para o autor, o terceiro setor se ocupa do vazio aberto pelo primeiro e segundo setor.

Considerando a estrutura neoliberalista, o desmonte na esfera social também é relevante para a manutenção do sistema, isso porque, a diminuição das responsabilidades estatais desonera o capital dos encargos sociais, fortalecendo e intensificando a acumulação de lucros. Não obstante, quando o Estado deixa de atender os serviços sociais para assegurar direitos, estes podem ser convertidos em mercadorias, tornando-se uma relação de consumo, cuja finalidade principal é a

obtenção de lucro.

Outrossim, as funções que são necessárias para a reprodução da força de trabalho, mas não propiciam a obtenção de lucro para serem absorvidas pelo mercado, são transferidas para as organizações sem fins lucrativos. Montañó (1999) considera que os serviços públicos sociais ao serem transferidos para o setor privado não lucrativo correm o risco de perder o caráter republicano e de direito, para assumir uma identidade particular e clientelistas, o que pode acarretar na refilantropização das respostas às refrações da questão social.

A investida neoliberal que se acentua na atualidade evidencia a intensa relação público-privado na prestação de serviços de saúde e assistência social, ameaçando não somente políticas públicas, como também retornando ao padrão de filantropia do passado. Os serviços relativos as políticas públicas sociais e de saúde tem se tornado mercadoria, as quais são acessadas através de compras, no caso dos serviços de saúde, de modo paliativo e imediatista através de práticas caritativas. “Perde-se a lógica pública de cidadania, para se assumir a lógica mercantil de consumidor” (Carvalho; D’agostini; 2021, p. 138).

Em vista desses aspectos, nota-se o predomínio de três lógicas: direito social – SUS, enquanto dever do Estado; produto – Plano de Saúde, ofertado seguindo a lógica mercantil para aqueles(as) que podem pagar pelos serviços, ou seja, saúde suplementar; filantropia – garantida pelas Organizações da Sociedade Civil para os(as) excluídos(as) e em condição de miserabilidade. Observa-se, portanto, que quando o Estado (primeira lógica) não cumpre o seu dever, a saúde passa a ser incorporada como um produto (segunda lógica) ou assume a lógica da refilantropização (terceira lógica), deixando de ser um direito e tornando-se uma resposta focalizada e clientelista.

3.2 Perfil socioeconômico dos sujeitos com câncer e seus familiares

Compreender as particularidades dos sujeitos com câncer e seus familiares possibilita a identificação dos aspectos biopsicossociais e econômicos, reunindo informações essenciais para as intervenções do(a) assistente social e equipe multidisciplinar nas instituições de apoio à criança, adolescente e adulto(a) com câncer. O período delimitado para pesquisa dos relatórios nos repositórios da

Universidade Federal de Sergipe e Universidade Tiradentes foi do ano 2000 a 2023. Conquanto, só foram identificados e analisados sete relatórios de estágio supervisionado em Serviço Social, de duas organizações da sociedade civil que atendem crianças e adolescentes com câncer, no estado de Sergipe, os quais compreendem o período entre os anos 2000 até 2018. A saber: Associação de Voluntários a Serviço da Oncologia em Sergipe (AVOSOS) e Grupo de Apoio a Criança com Câncer de Sergipe (GACC/SE). Conforme exposto na tabela 1 abaixo, a AVOSOS foi a instituição que mais disponibilizou vagas de estágio supervisionado em Serviço Social, totalizando 06 relatórios encontrados.

QUADRO 1: LEVANTAMENTO DE RELATÓRIOS DE ESTÁGIO

ORDEM	ANO	AUTOR(A)	SUPERVISOR(A)	CAMPO SÓCIO-OCUPACIONAL	INSTITUIÇÃO DE ENSINO
01	2000	Karina Fernandes	Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves	AVOSOS	Universidade Federal de Sergipe DSS/UFS
02	2001	Andrea Ferreira Menezes	Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves	AVOSOS	Universidade Federal de Sergipe DSS/UFS
03	2001	Sandy Regina R. de Brito	Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves	AVOSOS	Universidade Federal de Sergipe DSS/UFS
04	2001	Maria da Conceição Batista Souza	Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves	AVOSOS	Universidade Federal de Sergipe DSS/UFS
05	2004	Viviane Barreto melo	Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves	AVOSOS	Universidade Federal de Sergipe DSS/UFS
06	2018	Narla Carine Reis de Oliveira	Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves	AVOSOS	Universidade Federal de Sergipe DSS/UFS
07	2018	Jamille Brito Lima	Fernanda Silva	GACC	Universidade Tiradentes DSpace

Fonte: relatórios de estágios arquivados no DSS/UFS e Repositório online da UNIT.

Um ponto em comum das referidas instituições é que ambas possuem uma atuação voltada para oferta de serviços para crianças e adolescentes com câncer, com faixas etárias de 0 a 18 anos, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, e são encaminhados(as) através dos hospitais de referências do Estado, para obterem um suporte no processo de tratamento do câncer. Quando cadastrados(as) nas instituições, acessam serviços, programas e projetos vinculados às políticas públicas, destinadas às instituições através de parcerias com o Estado.

A Associação de Voluntários a Serviço da Oncologia em Sergipe (AVOSOS) é formada pela Casa Tia Ruth de Apoio à Criança e Adolescente com Câncer e pelo Centro de Oncologia Dr. Geraldo Dantas Bezerra. Possuindo como missão atuar na assistência às crianças e adolescentes com câncer e doenças hematológicas crônicas de Sergipe, criando e articulando soluções em uma rede de ações, visando contribuir de forma integral para a melhoria do tratamento e da qualidade de vida destes(as) pacientes.

Fundada em 24 de julho de 1987, a instituição atuava na Casa de Apoio e com visitas ao hospital, dada a necessidade de dar suporte aos(as) assistidos(as). Visto que, segundo as informações contidas nos relatórios, as crianças e adolescentes daquela época abandonavam o tratamento devido as dificuldades financeiras e sociais no que tange a locomoção, alimentação, hospedagem e falta de estrutura do hospital.

A convite da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e da direção do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), em 1996, a AVOSOS passou a administrar o serviço médico ambulatorial na área de oncologia do hospital durante quatro anos. No ano seguinte, inaugurou a Unidade Dr. Jorge Marsilac, que é intitulado na atualidade como Centro de Oncologia Dr. Geraldo Dantas Bezerra, e realizava tratamento do câncer em nível ambulatorial através de convênios, como meio de suprir as necessidades do setor oncológico do hospital e os trabalhos assistenciais da Casa de Apoio.

Em 2010, a AVOSOS inaugurou o Serviço de Oncologia e Hematologia Pediátrica (SOHEP), para somar forças no combate ao câncer infantojuvenil. Atualmente, a entidade presta apoio através de exames e consultas que demoram a ser liberados pelo Sistema Único de Saúde, para subsidiar a investigação de casos suspeitos da doença encaminhados pelo Centro de Oncologia do HUSE.

O Grupo de Apoio a Criança com Câncer de Sergipe (GACC/SE) configura-se como outra instituição com atendimento voltado para esse público. E tem como missão humanizar o tratamento de crianças e adolescentes com câncer e doenças

hematológicas, oferecendo assistência biopsicossocial e material, garantindo a eles(as) o direito a saúde e a vida.

A sede estruturada do GACC/SE está localizada na Avenida Desembargador Maynard, nº 654, onde funciona a Casa de Apoio Alegria e Esperança, local que acontece a acolhida temporária das famílias usuárias. Espaço onde estas famílias recebem orientações e encaminhamentos com o objetivo de aumentar o acesso a benefícios socioassistenciais, bem como demais direitos. São observadas suas demandas, necessidades e a oferta de serviços como hospedagem, alimentação e transporte.

O GACC/SE também desenvolve ações voltadas à saúde por meio do programa GACC Saúde, que foi criado com a proposta de desenvolver projetos, serviços e campanhas relacionadas à promoção e proteção à saúde não somente dos(as) usuários(as), mas da comunidade em geral. Fazem parte do programa: consultório pediátrico, atendimento de enfermagem, odontológico, psicológico e nutricional, ofertados no espaço “cuidar” da instituição.

Foi agregado ao referido programa, o consultório móvel equipado com instrumentais e insumos específicos para o atendimento ambulatorial móvel que percorre os municípios sergipanos destinado ao Diagnóstico Precoce de câncer e doenças hematológicas de crianças e adolescentes. O atendimento móvel conta com a equipe multidisciplinar, composta por: assistente social, enfermeiro(a), psicólogo(a), pediatra e dentista, verificada alguma suspeita da doença a partir das consultas, as crianças e adolescentes atendidos(as) são encaminhados(as) para o HUSE, ficando o GACC responsável pelo custeio de consultas e exames que demoram a ser marcados pelo Sistema Único de Saúde, através de convênio da instituição.

Foi possível identificar o perfil biopsicossocial dos(as) usuários(as) das instituições, este que será apresentado em ordem cronológica. Tanto no relatório 01, do ano 2000, quanto no relatório 02, de 2001, foi identificado que o perfil dos(as) usuários(as) da AVOSOS era composto por crianças com faixa etária entre 0 a 6 anos, sendo ressaltado a existência de equilíbrio entre meninos e meninas.

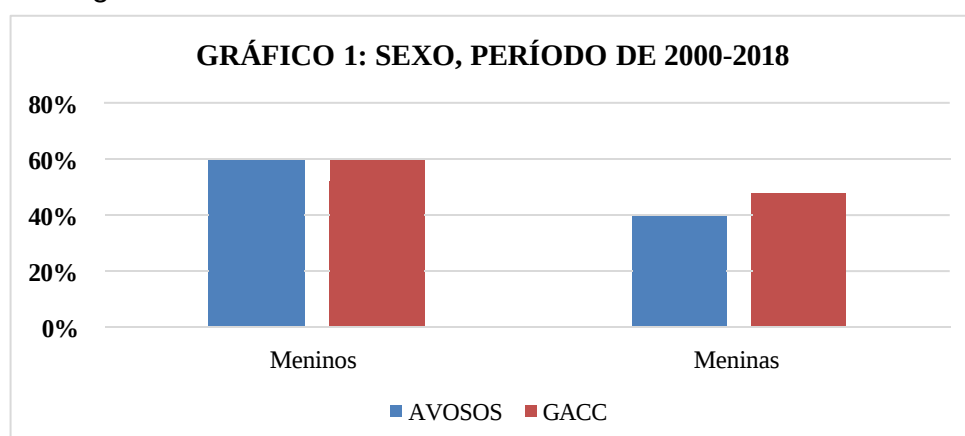
Nos relatórios 03 e 04, ambos do ano de 2001, os cadastros já possuem crianças e adolescentes de outras faixas etárias, entre 0 a 20 anos. Sendo enfatizado no relatório 04, que o número de crianças com doenças hematológicas equivale a 05 meninos e 03 meninas, já crianças e adolescentes portadores de câncer equivale 62 meninos e 56 meninas.

O relatório 05, por sua vez, é do período de 2004 e retrata que a AVOSOS atendia um total de 282 crianças e adolescentes, sendo 58% portadores(as) de câncer e 42% com doenças hematológicas. É destacado também, que a faixa etária predominante naquele período era de 6 a 10 anos, totalizando 34% dos(as) cadastrados(as), seguido da faixa etária entre 11 e 15 anos, que correspondia a 27%, entre 0 e 5 anos 23%; 14% entre 16 e 20 anos; e 2% entre 21 e 25 anos, sendo que estes últimos fazem parte do grupo denominado “controle”, que agrupa os usuários(as) cadastrados(as) que se encontram em alta médica controlada, no período de 5 anos.

No relatório 06, do ano de 2018, percebe-se que a faixa etária dos(as) usuários(as) cadastrados(as) na AVOSOS com doenças hematológicas representa 34% de 0 a 12 anos; 38% em usuários(as) de 13 a 19 anos; e 47% acima de 20 anos, totalizando 109 cadastrados(as). Já no caso de doenças oncológicas 47% tem a faixa etária entre 0 a 12 anos; 38% de 13 a 19 anos; e 47% dos(as) usuários(as) acima dos 20 anos, totalizando 328 cadastrados(as).

O relatório 07 abrange o ano de 2018, e se refere ao Grupo de Apoio a Criança com Câncer de Sergipe, sendo identificado naquele período, o total de 64 crianças e adolescentes cadastrados(as) na instituição, sendo 10% composto por adolescentes com faixa etária entre 12 a 18 anos. E 90% crianças entre 0 a 11 anos, compondo 54 crianças cadastradas.

No que concerne o sexo, em todos os relatórios, de 2000 a 2018, demonstraram a incidência maior em crianças e adolescentes do sexo masculino, representando 60% do sexo masculino e 40% do sexo feminino, na AVOSOS. No GACC, no relatório 07, de 2018, foi demonstrado 52% do sexo masculino e 48% do sexo feminino. De acordo com o gráfico 1:



Fonte: relatórios de estágios arquivados no DSS/UFS e Repositório online da UNIT.

Quanto ao grau de escolaridade, todos os relatórios evidenciam que quando se trata das crianças, a grande maioria dos(as) assistidos(as) das duas instituições encontram-se em processo de alfabetização. No caso dos(as) adolescentes cadastrados(as) nas instituições, também foi unânime que o grau máximo de alfabetização é 1º grau. Sendo ressaltado nos relatórios que a alfabetização se torna inacessível devido ao tratamento, sendo interrompida, dada a importância da continuidade do tratamento para a cura da doença. Já os pais, no máximo são alfabetizados.

A condição de frequentar a escola sofre variações a partir do diagnóstico de câncer. Considerando que o tratamento requer continuidade e demanda tempo para a cura da doença. A durabilidade do tratamento oncológico acarreta mudanças na rotina das crianças e adolescentes, incluindo a dificuldade de frequentar a escola durante esse período. A frequência escolar, neste viés, torna-se um desafio, posto que, existe também as dificuldades enfrentadas pela família, em virtude da situação do diagnóstico da doença, da comunidade e dos(as) profissionais que o(a) receberão na escola.

A Lei de Diretrizes Básicas da Educação Nacional – LDB, preconiza no artigo 58 que haverá quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular para atender às peculiaridades da clientela de educação especial. Outrossim, o Estatuto da Criança e do Adolescente reforça no artigo 53, que as crianças e adolescentes possuem pleno direito à educação, ressaltando a igualdade de condição para acesso e permanência na escola, devendo ser respeitados por seus educadores.

De acordo com Mendes (2018), as dificuldades vão desde as de ordem material, em razão da distância que contribui para elevar os custos da família, que já enfrenta as demandas financeiras decorrentes do deslocamento para o tratamento do(a) filho(a), principalmente, quando o local de tratamento é em outro município e não no qual a família reside; às de origem emocional, sentimental, decorrentes do estado de apreensão e medo que a família tem de expor a criança e o(a) adolescente em processo terapêutico ao ambiente escolar, mesmo quando autorizado pelo(a) médico(a).

No que diz respeito a religião, somente o relatório 05, do período de 2004, obteve esses dados, destacando que a religião católica, corresponde a 84%, seguida de 14% de religiões evangélicas, e 2% outras religiões. Foi ressaltado ainda, que a

maioria dos(as) cadastrados(as) começam a frequentar as religiões após o diagnóstico. E que alguns recorrem a processos de cura religiosas como rezadeiras e banhos de ervas, como um meio de aumentar a fé e o otimismo no tratamento.

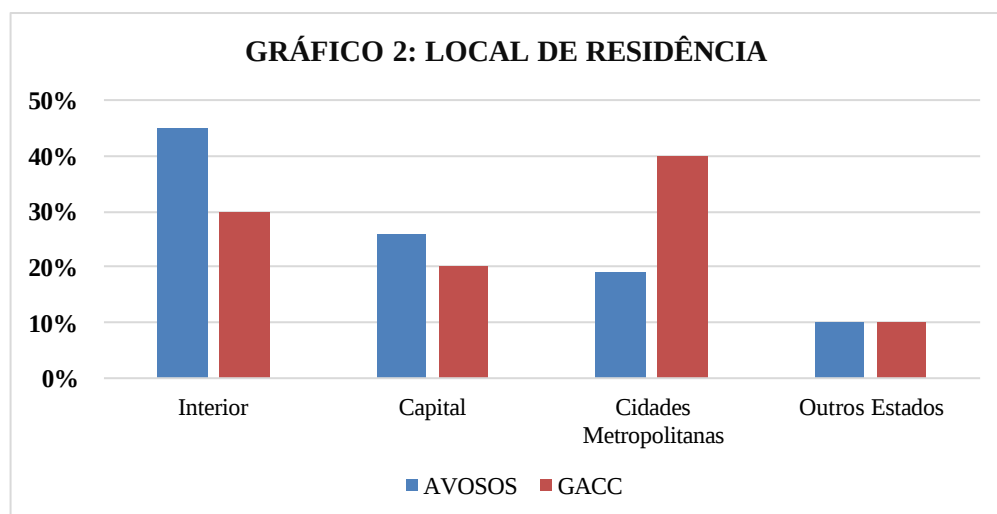
Sob esse enfoque de religião, convém ressaltar o estudo de Sousa (2010), que revela que ambas instituições tiveram a religião como elemento fundamental e formador de uma predisposição de ser útil ao outro, sendo este um dos aspectos que influenciou no surgimento das instituições, sendo a grande maioria da religião católica e espírita.

Nesse contexto, nota-se que o surgimento das organizações embora seja vinculado a uma causa, que nesse caso é o câncer, também está atrelado a incorporação de valores religiosos. Haja vista, a religião contribui para a incorporação de valores como “caridade”, “devoção”, “ajuda”, que auxiliam os sujeitos na maneira de ser, pensar e agir no mundo.

No relatório 05 foi relatado ainda, que os(as) usuários(as) da AVOSOS no período de 2004 são, em grande maioria, do interior de Sergipe, ou seja, 45% das pessoas foram obrigadas a recorrer aos serviços de saúde ofertados na capital; 26% dos (as) atendidos (as) da instituição residem em Aracaju; e 19% na grande Aracaju (que compreende os municípios de Barra dos Coqueiros e Nossa Senhora do Socorro) além de pacientes de outros Estados que somam 10% dos casos.

Quanto à moradia, nos relatórios foram relatados que os(as) usuários(as) da AVOSOS residem em casa própria ou cedida por familiares. As estruturas físicas das residências são de alvenaria, madeira (barracos), “pau a pique”, não dispondo de saneamento básico, água encanada e tratada, rede de esgoto e energia elétrica.

No que diz respeito as condições de moradia dos(as) usuários(as) cadastrados(as) no Grupo de Apoio a Criança com Câncer de Sergipe, foi descrito no relatório 07, do ano de 2018, que a maioria vive na zona urbana, residentes da capital 30%, e da Grande Aracaju (que compreende os municípios de Barra dos Coqueiros e Nossa Senhora do Socorro), correspondendo a 40%. Os(as) usuários(as) que moram no interior correspondem a 30%, e possuem um pouco de dificuldade para comparecer as atividades e projetos ofertados na instituição, por causa da locomoção. Conforme exposto no gráfico 2:



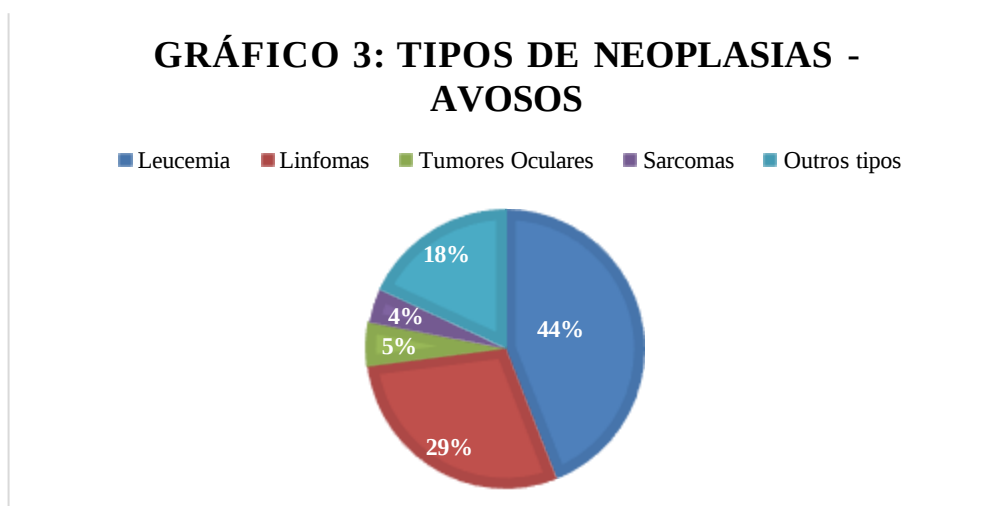
Fonte: relatórios de estágios arquivados no DSS/UFS e Repositório online da UNIT.

Em vista desses dados, torna-se importante salientar que as Organizações da Sociedade Civil de atendimento as pessoas com câncer funcionam como um apoio (daí o nome “casa de apoio”) para as pessoas que chegam do interior. Isso porque, o Estado de Sergipe conta apenas com o Hospital de Urgências de Sergipe para o atendimento de pacientes oncológicos, o qual oferta atendimento também para pessoas de outros estados, a exemplo da Bahia e Alagoas, não possuindo estrutura para atender esse contingente, seja na oferta de exames, consultas e medicamentos. Com isso, as pessoas são encaminhadas para as instituições que são objeto desse estudo, onde recebem estadia, haja vista a distância de determinados municípios para a capital e a situação econômica; além de medicamentos, exames e consultas que pelo sistema público de saúde demorariam muito tempo, dificultando o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, a agilidade no tratamento.

Considerando o estado civil, somente na AVOSOS foi identificado um adolescente casado, sem filhos, sendo descrito nos relatórios 01, 03, 04 e 05, no período de 2000 a 2004. Quanto aos(as) acompanhantes da instituição, no relatório 04, de 2001, foi identificado que 30% são casados(as) e 70% mantém união não formalizada, com filhos(as) de outras uniões.

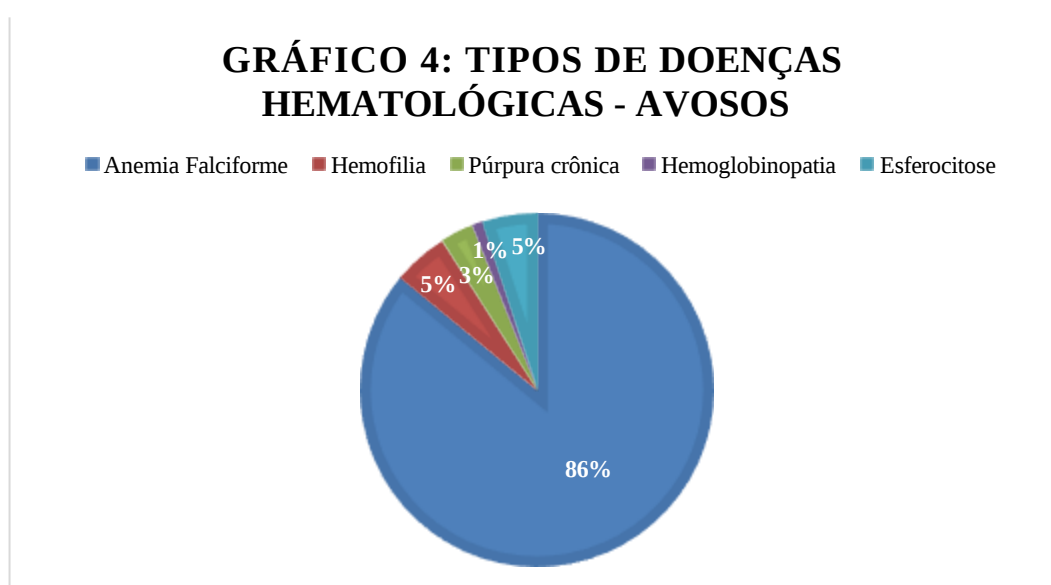
Dos tipos de neoplasias diagnosticadas nos(as) cadastrados(as), no caso da AVOSOS foi identificado no relatório 05, de 2004, que a maior parte são portadores(as) de leucemia, correspondendo a 44% dos casos apresentados na instituição. Os outros casos apresentados são de linfoma, 29%; tumores oculares, 5%; sarcomas, 4%; e outros tipos que somam 18% dos casos atendidos na instituição.

Conforme descrito no gráfico 3:



Fonte: relatórios de estágios arquivados no DSS/UFS e Repositório online da UNIT.

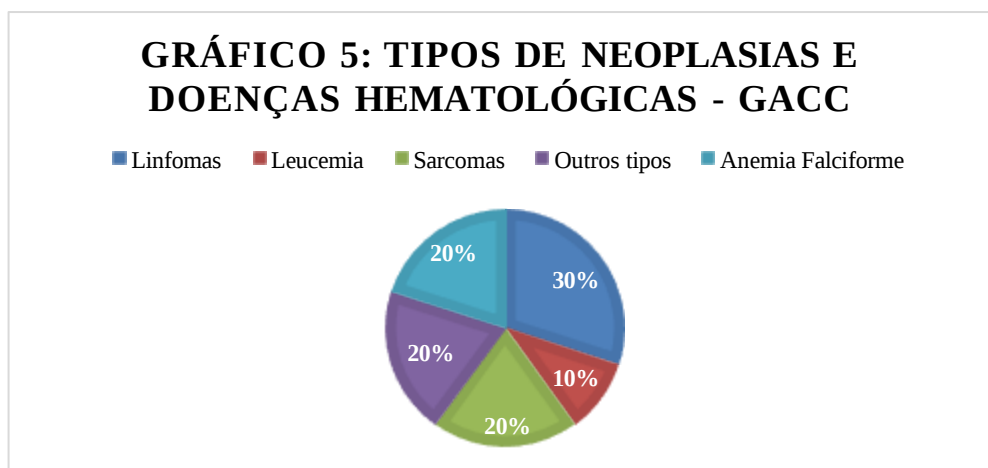
Quanto às doenças hematológicas presentes nos(as) usuários(as) da instituição, no relatório 05 também consta que 86% dos(as) cadastrados(as) possuem anemia falciforme, um tipo de anemia profunda, hereditária e que não tem cura, sendo controlada através de medicamentos. Os outros casos são de hemofilia: 5%, púrpura crônica: 3%, hemoglobinopatia: 1%, e esferocitose: 5%. Como expõe o gráfico 4:



Fonte: relatórios de estágios arquivados no DSS/UFS e Repositório online da UNIT.

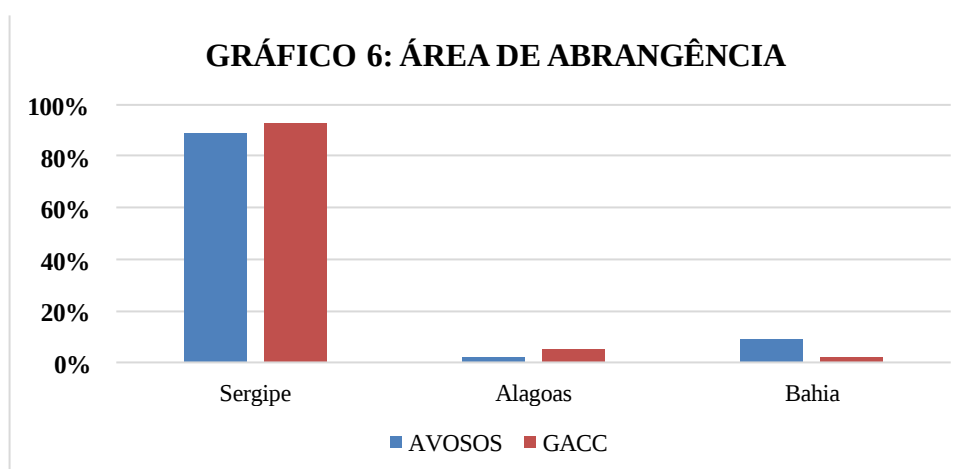
No Grupo de Apoio a Criança com Câncer, o relatório 07, de 2018, identificou que a maior parte dos(as) cadastrados(as) são diagnosticados(as) com câncer,

contabilizando 80% dos(as) cadastrados(as). E 20% dos(as) cadastrados(as) com doenças hematológicas, sendo todos os casos de anemia falciforme. Os tipos de câncer com maior prevalência são linfomas 30%; sarcomas 20%; leucemia 10% e os outros casos somam 20%. Conforme exposto no gráfico 5:



Fonte: relatórios de estágios arquivados no DSS/UFS e Repositório online da UNIT.

No que tange à área de abrangência das duas instituições, foi identificado em todos os relatórios que ambas atendem crianças e adolescentes dos Estados de Sergipe, Bahia e Alagoas. Na AVOSOS, o Estado de Alagoas representa 2% dos(as) cadastrados(as), a Bahia representa 9% e Sergipe representa 89% dos(as) cadastrados(as). No caso do GACC, o Estado de Alagoas representa 5% dos(as) cadastrados(as), a Bahia representa 2% e Sergipe representa 93%. Conforme demonstrado no gráfico 6:



Fonte: relatórios de estágios arquivados no DSS/UFS e Repositório online da UNIT.

De acordo com os pressupostos de Bravo (2006), na política de saúde dois projetos vivem em tensão: o Projeto de Reforma Sanitária, entendendo a saúde como política social pública, universal e integral; e o Projeto Privatista, vinculado ao mercado, pautado na política de ajuste de corte neoliberal, e propondo ao Estado o atendimento mínimo e focalizado aos segmentos populacionais mais empobrecidos e, ao mesmo tempo, estimulando o seguro privado em saúde.

Esse contexto traz consequência para os usuários que precisam dos serviços do Sistema Único de Saúde, influenciando na relativa integralidade das ações, na desigualdade da assistência e acesso aos serviços, levando as famílias que buscam por tratamento de câncer a se deslocarem dos seus estados e municípios.

Considerando a saúde como direito fundamental e social, garantido pela Constituição Federal de 1988, no seu artigo 227, sendo dever do Estado garanti-lo através de políticas públicas que efetivem ações eficazes, o direito da criança e adolescente com câncer é respaldado através desse direito em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), regulamentado pela Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, o qual estabelece que as crianças e adolescentes tenham seus direitos atendidos, sendo efetivado através de medidas. Barbosa (2020) aponta que:

O direito à vida é um direito fundamental contemplado na Constituição Federal de 1988, assegurado a todas as pessoas. Especificamente para a criança e adolescente, o texto constitucional o reconheceu no artigo 227. Por conseguinte, o ECA (1990), veio reconhecê-lo em seu artigo 7º, no qual foi delimitado que quem estiver na infância ou adolescência goza de proteção do direito em comento, uma vez que são reconhecidos como sujeitos de direitos, tendo todas as oportunidades que possui o ser humano de ter uma vida digna e de pleno desenvolvimento (Barbosa, 2020, p. 36).

Conforme mencionado acima, o artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente constitui-se de grande relevância, pois o mesmo dispõe da garantia do direito à saúde para crianças e adolescentes através da viabilização de medidas efetivadas pelas políticas públicas, reconhecendo-os como sujeitos de direitos, atendendo concomitantemente as vulnerabilidades, não somente a biologização da doença.

Sendo o Sistema Único de Saúde a política pública destinada a garantir o acesso à saúde, o artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente assegura que através do SUS, são promovidos ações e serviços que atendam a universalidade e

igualdade. O artigo preconiza que as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e portadores de necessidades, assegurando atendimento especializado aos que são portadores de deficiências, garantindo meios que atendam às suas necessidades especiais, além da gratuidade de medicamentos, próteses e tratamentos.

No que diz respeito às crianças e adolescentes hospitalizados(as), os(as) tais tiveram direitos reconhecidos pelo Ministério de Saúde (MS) e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CNDCA) em resolução do Conanda nº 41, de 17 de outubro de 1995. Dentre os direitos dispostos na resolução está a proteção à saúde, bem como ser hospitalizado(a) sem distinção por qualquer razão; acompanhamento de mãe, pai ou responsável; além do direito de não ser hospitalizado(a) ou permanecer quando não houver necessidade.

Outro importante mecanismo de garantia de direitos é a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), advinda da portaria GM/MS nº 2.439 de 08 de dezembro de 2005. A qual determina o cuidado integral que atenda a todos os níveis de complexidade, com ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

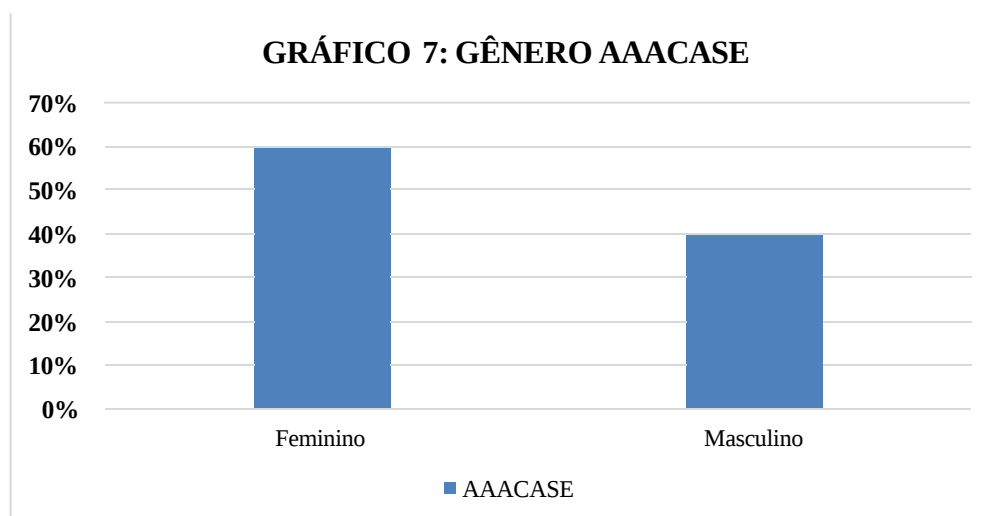
Não obstante, em 2013, a Política Nacional de Atenção Oncológica foi atualizada como a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), que estabelece a prevenção e impõe aos estados federados o controle do câncer, exigindo que sejam promovidas ações em todos os níveis necessários de atenção.

Além disso, a Política Nacional de Atenção a Oncologia Pediátrica foi integrada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, sancionada pela Lei nº 14.308 de 8 de março de 2022, abrangendo crianças e adolescentes com faixas etárias entre 0 a 19 anos e tem como objetivo aumentar os índices de sobrevivência, melhorar a qualidade de vida e reduzir a mortalidade e o abandono ao tratamento das crianças e dos adolescentes com câncer, por meio de ações destinadas à prevenção, a detecção precoce e ao tratamento da doença, bem como à assistência social e aos cuidados paliativos dos(as) pacientes.

Direcionando as análises também para o(a) adulto(a) com câncer, ressalta-se que no caso da Associação de Apoio ao Adulto com Câncer de Sergipe (AAACASE) a coleta de informações se deu através da pesquisa documental realizada na instituição, no ano de 2022. Fundada em 2001, a organização filantrópica, sem fins lucrativos, conta com equipe multidisciplinar composta por assistente social, psicólogos(as), nutricionistas e fisioterapeutas, e oferta serviços, projetos e programas

voltados para as pessoas adultas em tratamento oncológico.

O perfil biopsicossocial dos(as) usuários(as) da instituição configura-se com adultos(as) a partir de 19 anos, a pesquisa documental demonstrou a incidência maior em pessoas do sexo feminino, 60%; e 40% do sexo masculino. Quanto a moradia, a partir da ficha de cadastro foi constatado que os(as) usuários(as) da AAACASE residem em casa própria ou alugada. Conforme demonstrado no gráfico 7:



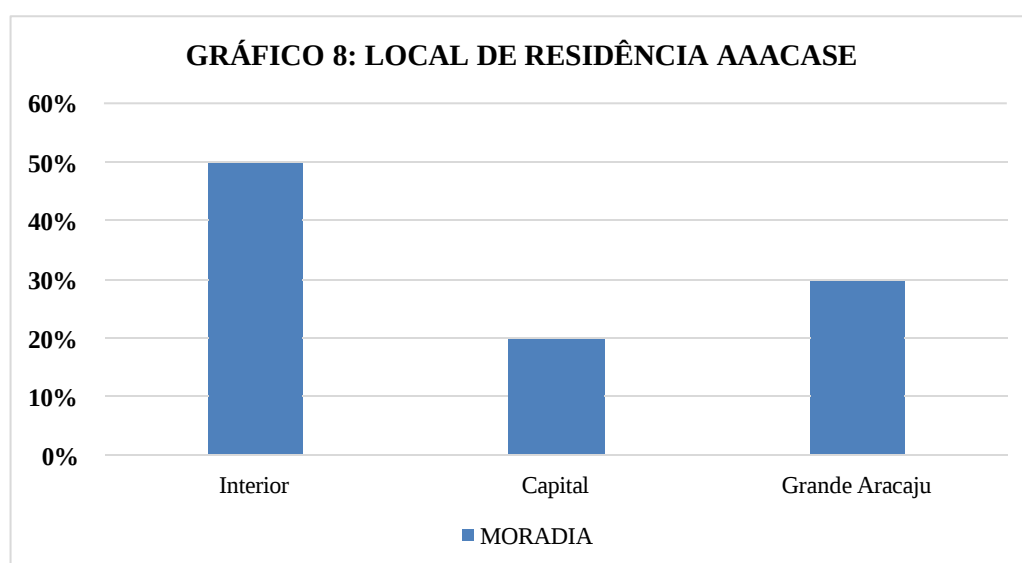
Fonte: Pesquisa documental

Um aspecto observado no que tange o gênero do público atendido pelas instituições, é que no caso de câncer em adultos a maior incidência da doença ocorre em pessoas do sexo feminino. Isso ocorre pelo fato de o câncer de mama ser o mais incidente no Brasil, excluindo-se os tumores de pele não melanoma. Mundialmente, o câncer de mama é o mais incidente na população feminina, representando no ano de 2022, de acordo com os dados da agência Brasil, 2,3 milhões de casos diagnosticados.

No caso específico do Brasil, segundo as estimativas do Inca para o triênio de 2023-2025, é estimada a ocorrência de 244 mil novos casos de câncer em mulheres, sendo o câncer de mama o que mais acomete, contabilizando 30,1% dos casos de câncer, representando também a causa de morte por câncer mais recorrente no sexo feminino. No caso do câncer infantojuvenil, que ocorre na faixa etária de 0 a 19 anos, de acordo com a estimativa do Inca, representará 7.900 casos, sendo 53,2% incidente no sexo masculino e 46,8% no sexo feminino.

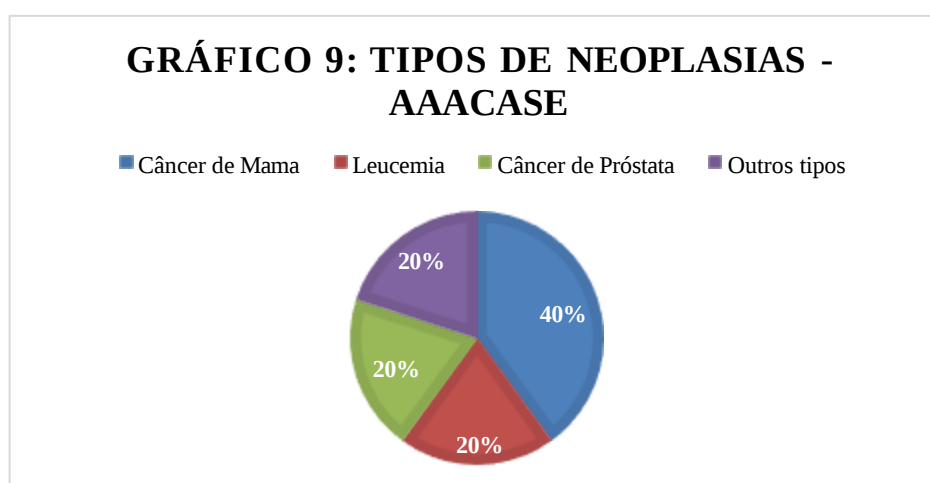
No que tange ao estado civil, foi identificado que 60% são solteiros(as),

abrangendo as pessoas divorciadas, e 40% são casados(as), abrangendo união não formalizada. Considerando o local de residência dos(as) assistidos(as) pela instituição, foi constatado que 50%, mora no interior, 20% são residentes da capital e 30% da grande Aracaju (que compreende os municípios de Barra dos Coqueiros e Nossa Senhora do Socorro). Conforme mostra o gráfico 8:



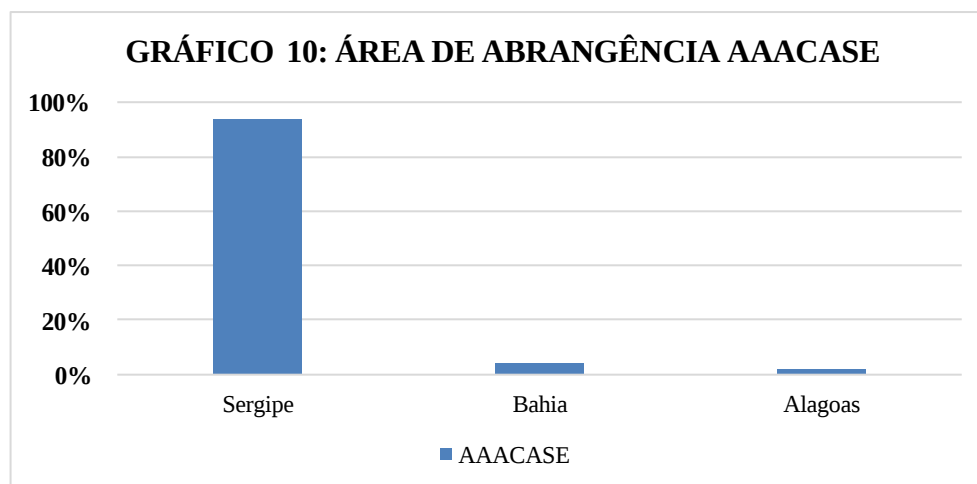
Fonte: Pesquisa documental

Dos tipos de neoplasias diagnosticadas nos(as) cadastrados(as) da AAACASE, a maior parte são portadores(as) de câncer de mama, correspondendo a 40% dos casos apresentados na instituição. Os outros casos são de leucemia, 20%; câncer de próstata, 20%; e outros tipos que somam 20% dos casos atendidos na instituição. Conforme descrito no gráfico 9:



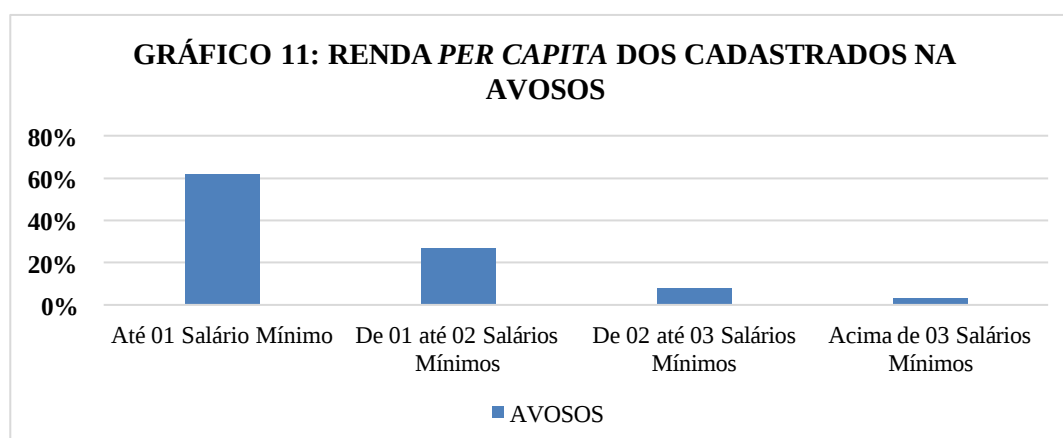
Fonte: Pesquisa documental

No que tange a área de abrangência da instituição, foi identificado que possui cadastrados(as) dos Estados de Sergipe, Bahia e Alagoas. O Estado de Alagoas representa 2% dos(as) cadastrados(as); a Bahia representa 4% e Sergipe representa 94% dos(as) cadastrados(as). De acordo com o gráfico 10:



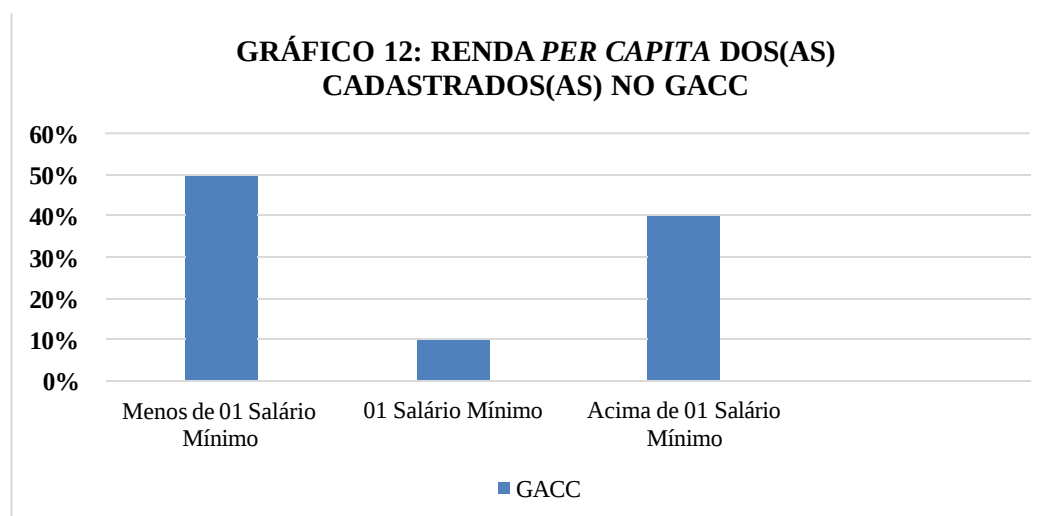
Fonte: Pesquisa documental

Nos relatórios foi observado que os(as) usuários(as) da AVOSOS são na grande maioria, de baixo nível socioeconômico, sendo descrito no relatório 05, do período de 2004, que 62% possuía renda de até um salário mínimo, 27% possuindo entre um e dois salários mínimos, 8% com renda de dois e três salários mínimos, 3% das famílias possuem mais de três salários mínimos. Em todos os relatórios houve a ressalva de que a renda familiar dos(as) cadastrados(as) era incerta, ligada a trabalhos informais, como o trabalho doméstico, feirantes, diaristas, manicures, doceiras, cabeleireiras, agricultores, entre outras profissões. Conforme o gráfico 11:



Fonte: relatórios de estágios arquivados no DSS/UFS e Repositório online da UNIT.

No GACC, foi identificado no relatório 07, do período de 2018, que um número maior de usuários(as) tem a renda *per capita* de até um salário mínimo, representando 50%, sendo a maioria vinda de programas sociais, já que as mães são obrigadas a se ausentarem dos vínculos empregatícios para acompanhar o tratamento dos(as) filhos(as). Os(as) usuários(as) com renda de um salário mínimo representa 10%, e 40% mais de um salário mínimo. Conforme o gráfico 12:



Fonte: relatórios de estágios arquivados no DSS/UFS e Repositório online da UNIT

Ficou notável a partir dos dados acima a divisão de papéis sociais, visto que as mães são compelidas a rescindir os vínculos empregatícios para se dedicarem ao tratamento do(a) filho(a). Ficando perceptível que para além dos impactos físicos e mentais causados pela doença, também ocorre a perda de identidade familiar anterior ao diagnóstico da doença. Isso ocorre, dentre outras coisas, pela questão de gênero, na qual a sociedade determina papéis historicamente definidos e que perpetuam até a atualidade, as mulheres assumem dupla ou tripla jornada de trabalho e os cuidados/responsabilidades familiares com as pessoas doentes, idosos e deficientes.

Segundo Unbehaum (2001), o cuidado com os(as) filhos(as) continua sendo definido como uma tarefa de mulheres, enquanto o homem estaria como coadjuvante nessa atividade. A autora destaca que uma explicação possível seria a de que a maternidade e, conseqüentemente, a maternagem por meio da ligação com o corpo, continua sendo um elemento muito forte em nossa cultura, determinando que o ato de cuidar seja uma atribuição quase exclusiva do sexo feminino.

Os papéis masculinos e femininos são apreendidos de maneira equivocada, a

cada um dos sexos a sociedade atribui um papel específico, denominados papéis de gênero. Ao nascer determinam ao ser humano um papel claramente definido, ser homem ou mulher, a começar pelas cores dos enxovais, o qual se atribui azul para menino e rosa para menina, dando continuidade em outros aspectos como brinquedos, roupas, a repressão quanto a determinada brincadeira, refletindo também nas escolhas profissionais.

De acordo com (Scott, 1995, p. 85), “gênero é uma forma de significar as relações de poder, ou melhor, é um campo primeiro no seio do qual ou por meio do qual o poder é articulado”. Assim sendo, gênero é a categoria que explica a relação de poder entre os sexos, permitindo compreender a desigualdade sexual que é determinada socialmente, sendo o sexo feminino subordinado ao sexo masculino, no qual a este último é estabelecido os espaços públicos e de poder, e aquele, é atribuído o âmbito doméstico.

Embora na contemporaneidade os papéis sociais estejam passando por transformações no contexto histórico-cultural, tendo em vista a ocupação do sexo feminino em espaços públicos antes reservados apenas para o sexo masculino, ainda é notável a existência desses aspectos historicamente enraizados na sociedade. Para além do enfrentamento do inesperado, o qual provoca não somente a angústia frente a iminência de morte, provocando abalo emocional, como também o impacto financeiro. O tratamento do câncer em crianças e adolescentes também traz à tona a desigualdade existente entre as funções sociais, à mãe é atribuída a responsabilidade do cuidado e, ao pai, o papel de provedor da instituição familiar.

Conforme acentuado por Collière (1989), o valor social da prática de cuidados prestados pelas mulheres funda-se na experiência inferiorizada e vivida no seu próprio corpo. Dessa maneira é em torno da fertilidade que as mulheres constroem o seu papel social, a partir de um conjunto de práticas de cuidado que visam assegurar a continuidade da vida.

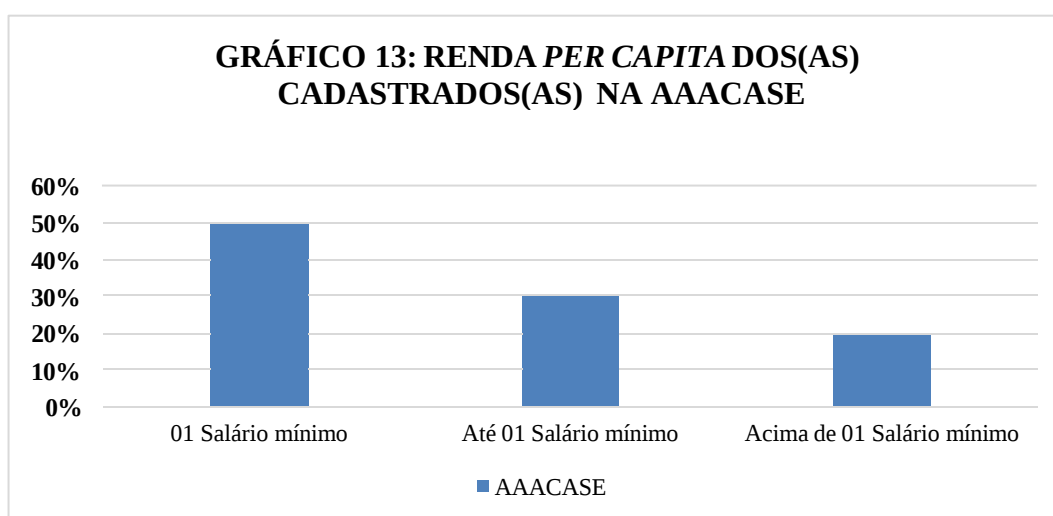
A questão de gênero presente nesse contexto, é reflexo do patriarcado, posto que as mulheres por sempre estarem vinculadas ao âmbito doméstico e, culturalmente, fundamentando-se na ideia de que possuem características inatas para a maternidade, e o lado afetivo como intrínseco ao sexo, assumem a responsabilidade do cuidado. Nesse ínterim, o cuidado aparece como condição natural para ser mulher.

Que dizer daquelas mulheres que são mãe solo, em condição de monoparentalidade feminina e responsáveis financeiramente por sua família e

cuidados de filhos com câncer? Será que estas mulheres são negras?

Tais questões evidenciam como o serviço social precisa apropriar-se dos fundamentos teóricos-metodológicos que explicam a gênese do patriarcado e seu processo de opressão-dominação de mulheres para atender às demandas das famílias das pessoas com câncer. São famílias pobres, oriundas dos interiores dos estados. Infelizmente, os dados existentes não permitem analisar as questões étnico-raciais.

Na AAACASE, foi identificado que um número maior de usuários(as) tem a renda *per capita* de um salário mínimo, representando 50%, sendo a maioria proveniente de aposentadorias e programas sociais. Usuários(as) com renda de até um salário mínimo representa 30%, e 20% mais de um salário mínimo. Conforme o gráfico 13:



Fonte: Pesquisa documental

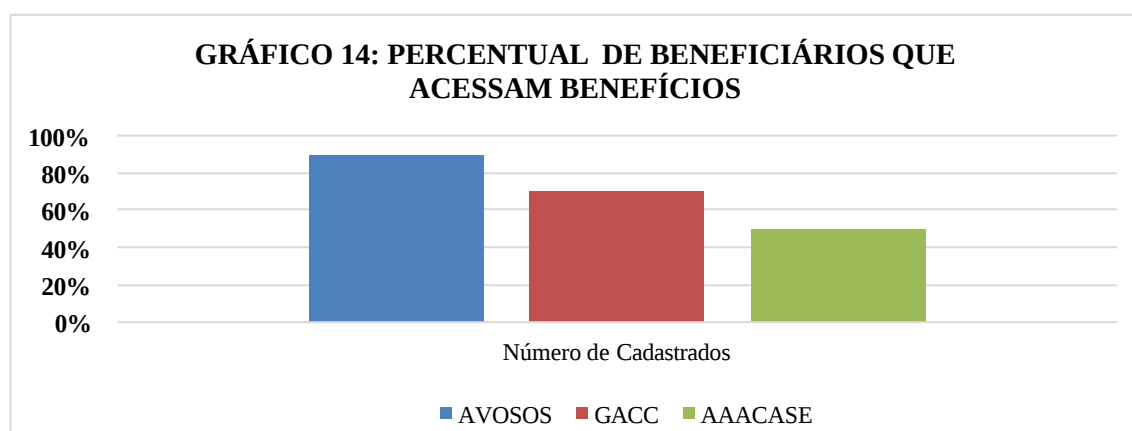
O aspecto socioeconômico tem reflexos na exposição de risco do câncer. Posto que, a desigualdade social é um fenômeno que possui relevância tanto no risco ao adoecimento por câncer, quanto nas condições de acesso da população ao diagnóstico precoce, ao acesso aos serviços de saúde, a incidência, a sobrevida e qualidade do tratamento. A suscetibilidade ao câncer possui como determinante o desordenamento das células, caracterizando-se como uma doença genética. Entretanto, alguns hábitos contribuem para a incidência da doença, como exposições ambientais, tabagismo, sendo estes fatores prevalentes nas parcelas mais pobres da população, os quais vivenciam as desigualdades sociais, estando mais expostos a

fatores de risco.

Para Prado (2002), tais tendências são dinâmicas e estão em constante transformação, que não ocorrem ao azar, mas no sentido de conferir maior carga da doença entre os mais pobres. Exemplo é a constatação de aumentos sucessivos das taxas de mortalidade por câncer de mama nas coortes²³ de mulheres nascidas após 1950 e residentes nas áreas empobrecidas da cidade de São Paulo.

Neste contexto, para além dos aspectos biológicos da doença, o adoecimento abrange também a precariedade das condições²⁴ de vida, dos obstáculos de acesso ao tratamento de saúde, da fragmentação e focalização das políticas públicas no país. Dessa forma, compreende-se que as expressões da questão social também influenciam nos aspectos inerentes ao adoecimento, a desigualdade social reflete diretamente na vida desses sujeitos inseridos na sociedade capitalista.

Quanto aos benefícios acessados pelos(as) cadastrados(as) das três instituições: 70% dos(as) cadastrados(as) no GACC; 89% da AVOSOS e 50% da AAACASE participam de programas sociais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), devido as particularidades das doenças e o Programa Bolsa Família, devido a família não possuir emprego formal e renda *per capita* baixa. Conforme exposto no gráfico 14:



Fonte: relatórios de estágios arquivados no DSS/UFS e Repositório online da UNIT e Pesquisa Documental

²³ Conforme disposto no wikipédia, coorte é um conjunto de pessoas que têm em comum um evento que se deu no mesmo período.

²⁴ A carga de doença nos grupos de níveis socioeconômicos mais baixos pode ser inferida pela maior incidência de câncer em geral; pelo diagnóstico tardio de neoplasias passíveis de detecção e, estágios iniciais por meio de rastreamento; pelas dificuldades de acesso ao diagnóstico e tratamento adequado; pelas incapacidades adquiridas em decorrência da doença; pelo maior risco de óbito por tipos de câncer potencialmente curáveis; pelo não tratamento para o controle da dor e insuficiência de outros cuidados paliativos (Silva, 2008, p. 433).

Tanto nos relatórios de estágio, quanto na pesquisa documental, foi relatado que todos esses benefícios são acessados mediante o encaminhamento do Serviço Social das instituições, visto que, a maioria dos(as) usuários(as) não possuem informações sobre como acessar estes benefícios. Nas três instituições o(a) assistente social realiza o agendamento no INSS e orienta a respeito dos documentos necessários para apresentar no dia do atendimento do órgão. Nos casos em que o Benefício de Prestação Continuada é negado, as instituições fornecem um aparato jurídico para que estas famílias possam recorrer com recursos. No caso do Programa Bolsa Família, o(a) assistente social orienta os(as) responsáveis a irem até o CRAS mais próximo da residência, para que estes possam realizar o preenchimento do Cadastro Único e solicitar o benefício.

Além de disponibilizar informações sobre os benefícios garantidos pelas legislações, as instituições também oferecem serviços através de programas e projetos. Na AVOSOS foram identificados os seguintes programas e serviços:

- 1) **Promoção e Prevenção da Saúde Bucal**, que foi desenvolvido pelo setor de odontologia, as crianças e adolescentes recebem informações sobre a forma correta de limpeza dos dentes. Recebendo também ações educativas, por meio de palestras, vídeos e peças teatrais, bem como vários procedimentos odontológicos. O objetivo do programa é educar, orientar e incentivar as crianças e adolescentes assistidos(as) pela instituição a terem uma higiene bucal eficiente, como também tratar clinicamente, visando a recuperação da saúde bucal, diminuindo o índice de cárie dentária e de gengivite.
- 2) **Programa Mensageiros do Amor**, o qual é executado por voluntários e realiza, diariamente, a distribuição de 300 lanches para os(as) pacientes oncológicos e acompanhantes assistidos(as) pelo Centro de Oncologia do HUSE.
- 3) **Programa Colorindo a Vida**, foi desenvolvido com a finalidade de realizar ações pedagógicas e educativas voltadas para a humanização do tratamento e favorecer o desenvolvimento das crianças e adolescentes, através de atividades lúdicas, oficinas de dança, pintura, artesanato, cursos de informática e alfabetização.
- 4) **Programa Aconchego**, que se caracteriza pela oferta de apoio psicológico, bem como visitas hospitalares e domiciliares, visando o acolhimento da

criança e adolescente e seus familiares, do diagnóstico ao tratamento.

- 5) Há também o **serviço de apoio ao tratamento hospitalar e ambulatorial**, realizado pelo setor de Serviço Social, no qual após identificadas as necessidades dos(as) usuários(as), disponibiliza gratuitamente hospedagem, alimentação, cestas básicas, passagens, vestuário, exames e medicamentos.
- 6) **Serviço de Nutrição**, realiza o acompanhamento nutricional de todas as crianças e adolescentes cadastrados(as) na instituição, com o objetivo de promover o crescimento e o desenvolvimento dos(as) assistidos(as).
- 7) **Serviço de Fisioterapia**, por sua vez, oferece tratamento por meio de recursos terapêuticos, focando principalmente na cinesioterapia, que a utilização de movimentos corporais, com o objetivo de reduzir as sequelas da doença, a fim de que os(as) usuários(as) possam realizar suas atividades diárias normalmente.
- 8) **Serviço de Assistência Jurídica**, que é ofertado na instituição desde 2009, oferecendo o acesso à justiça para todos(as) os(as) usuários(as) cadastrados(as), como forma de garantir o acesso aos direitos.
- 9) **Projeto Casinha Feliz**, que realiza visitas domiciliares nas casas das crianças e adolescentes cadastrados(as), para constatar também a necessidade de executar a melhoria física nos respectivos domicílios, sendo notada a necessidade de reforma para a melhoria das condições de saúde dos(as) assistidos(as), haverá a solicitação para que seja executada permitindo para os(as) usuários(as) condições dignas de habitação, contribuindo para o tratamento. Conforme listados no quadro 2:

QUADRO 2:	
SERVIÇOS, PROJETOS E PROGRAMAS INSTITUCIONAIS DA AVOSOS	
Programa de promoção e prevenção da saúde bucal	Programa mensageiros do amor
Programa Colorindo a vida	Programa Aconchego
Serviço de apoio ao tratamento hospitalar e ambulatorial	Serviço de nutrição e fisioterapia
Projeto Casinha Feliz	Serviço de assistência jurídica

Fonte: relatórios de estágios arquivados no DSS/UFS e Repositório online da UNIT.

No que diz respeito aos serviços, programas e projetos do GACC, foram identificados:

- 1) **Projeto Acolher**, que tem como objetivo receber as famílias recém chegadas na instituição, através da equipe multiprofissional para um acolhimento humanizado.
- 2) **Projeto É pique, é pique**, que visa comemorar mensalmente a data de aniversários dos(as) assistidos(as) pela instituição.
- 3) **Projeto Encontros**, o qual objetiva proporcionar aos(as) responsáveis pelas crianças e adolescentes cadastrados(as) momentos reflexivos com temas considerados relevantes para a sua formação, através de palestras, cursos e campanhas sobre prevenção de doenças, principalmente, o câncer.
- 4) **Projeto Aprender Brincando**, que ocorre semanalmente e tem como objetivo proporcionar um espaço lúdico e recreativo agregado as ações de aprendizado para crianças que estão fora do âmbito escolar, em virtude do tratamento oncológico.
- 5) **Projeto Lapidar**, que busca proporcionar oficinas e cursos de qualificação para as mães ou responsáveis, com o intuito de diminuir a ociosidade, propiciar a geração de renda e propagar informação.
- 6) **Projeto o amor é contagioso**, tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida e humanizar o tratamento de crianças e adolescentes com câncer nos leitos dos hospitais, oferecendo um suporte emocional e material para os(as) pacientes internados(as), através de atividades recreativas.
- 7) **Projeto Esperança de Futuro**, é direcionado para os(as) adolescentes da instituição, e configura-se com a execução de atividades mensais diversificadas, abrangendo palestras, momentos de lazer, cursos profissionalizantes.
- 8) **Projeto Estrela Guia**, é destinado para todo o Estado de Sergipe, sendo ofertado consultas através de um consultório móvel nos interiores de Sergipe, com a finalidade de diagnosticar possíveis casos de câncer precocemente. Quando detectados alguns sinais, as crianças e adolescentes são encaminhados(as) para o **Programa de Diagnóstico Precoce** da instituição, o qual é responsável pelo acompanhamento da criança ou adolescente, bem como disponibiliza exames e consultas conveniados pela instituição.
- 9) **Projeto Criança e lazer**, é direcionado para as crianças da instituição, e

configura-se com a execução de atividades externas, como idas ao teatro, museu, entre outras, para proporcionar momentos de lazer.

- 10) **Projeto Cheque social**, é direcionado para os(as) usuários(as) da instituição para realizarem compras de produtos no Bazar da instituição.
- 11) **Projeto Cultivando Vidas**, é executado com a ida da equipe e voluntários(as) da instituição até a casa das famílias assistidas para proporcionar o fortalecimento de vínculos, além de suprir necessidades que foram observadas pelos(as) profissionais da instituição, como móveis, cestas básicas, etc.
- 12) **Projeto Superação**, destina-se aos pais que perderam seus filhos, sendo efetivado através de reuniões com o(a) psicólogo(a), onde são discutidos temas que os(as) auxiliem a lidar com o processo de luto.
- 13) **Projeto Padrinhos mágicos**, constitui-se no apadrinhamento das crianças e adolescentes por pessoas da comunidade que manifestar interesse.
- 14) **Projeto Dodói**, é direcionado para as crianças que estão internadas, sendo composto pela entrega de um kit contendo bichos de pelúcia, caderno de desenho, lápis de cor, entre outros itens, com o objetivo de amenizar os efeitos do tratamento durante a internação.
- 15) **Programa Arte e Vida**, destinado para as mães de crianças e adolescentes com câncer, as quais encerram vínculos empregatícios para se dedicarem ao tratamento dos(as) filhos(as), não tendo também a oportunidade de se capacitar. O programa tem o intuito de ofertar cursos e oficinas de qualificação profissional, como forma de diminuir a ociosidade, bem como capacitá-las profissionalmente para adentrar no mercado de trabalho ou trabalhar autonomamente.
- 16) **Programa GACC Saúde**, este é desenvolvido no espaço cuidar da instituição, constitui-se serviços desse programa o **acompanhamento odontológico**, que tem como objetivo contribuir para a saúde bucal dos(as) usuários(as) por meio de atendimentos e orientações sobre a higiene bucal. **Acompanhamento nutricional**, que tem como objetivo prevenir a desnutrição associada a doença, melhorar a qualidade de vida e reduzir o número de complicações provenientes do tratamento. E o **acompanhamento psicológico**, realizado pelo(a) profissional de psicologia para todos(as) os(as) cadastrados(as) na instituição e seus familiares, com o intuito de amenizar os impactos psicológicos na vida de quem lida direta ou indiretamente com o câncer e doenças hematológicas.

Conforme listados no quadro 3:

QUADRO 3:	
SERVIÇOS, PROJETOS E PROGRAMAS INSTITUCIONAIS DO GACC	
Projeto Acolher	Projeto É pique, é pique
Projeto Encontros	Projeto Lapidar
Projeto Aprender Brincando	Projeto Esperança de Futuro
Projeto O Amor é Contagioso	Programa Gacc Saúde
Projeto Estrela Guia	Projeto Superação
Projeto Cultivando Vidas	Projeto Dodói
Projeto Padrinhos Mágicos	Projeto Cheque social
Projeto Criança e lazer	Serviço de Nutrição
Serviço de Odontologia	Programa Arte e Vida
Serviço de Psicologia	Serviço de Diagnóstico Precoce

Fonte: relatórios de estágios arquivados no DSS/UFS e Repositório online da UNIT.

No que concerne aos serviços, programas e projetos da AAACASE, foram identificados:

- 1) **Auxílio para as famílias**, que se constitui na distribuição de cestas básicas e medicamentos para os(as) assistidos(as) e seus familiares.
- 2) **Serviço de oferta de lanche no hospital**, realizada desde 2001, todas as segundas-feiras, no setor de Oncologia do HUSE.
- 3) **Projeto Carreta da Mama**, executada em parceria com o hospital de Amor de Lagarto/SE, e são realizados exames preventivos de mama e Papanicolau em mulheres de 40 a 69 anos.
- 4) **Projeto Amigas da Mama**, que consiste na doação de sutiã e próteses artesanais, o sutiã vem com uma abertura na lateral possibilitando a colocação da prótese artesanal feita com material específico e durável. As próteses são trocadas a cada dois anos. Cada prótese é única, e por este motivo, na hora da confecção é preciso saber o peso, formato, tamanho, que vai do 38 ao 52.
- 5) **Projeto Danças e Ritmos**, que busca ajudar a auto imagem das assistidas de forma terapêutica através da dança.
- 6) **Projeto AAACASE em canto**, que utiliza a musicoterapia para a restauração do equilíbrio, do bem-estar, no processo saúde-doença, formado por mulheres

que estão em tratamento.

- 7) **Projeto AAACASE em beleza**, ocorre anualmente no mês de outubro, e busca promover um dia de beleza para as mulheres cadastradas na instituição, visto que o tratamento acarreta efeitos traumáticos onde as mesmas se deparam com alterações significativas em todas as esferas da vida.
- 8) **Serviço de fisioterapia**, com o objetivo de prevenir, tratar e minimizar os distúrbios e sequelas causados pelo tratamento oncológico, além de implicações como dores, fraqueza muscular, tensão muscular, perda de massa muscular, entre outros.
- 9) **Projeto Valorizando Vidas**, que é executado no setor de oncologia do HUSE, levando de forma lúdica, amor, esperança, fé e alegria para as pessoas que estão em tratamento.
- 10) **Projeto Cuidando do Cuidador**, que busca promover momentos de descontração familiar, abrindo espaço para que os(as) assistidos(as) pela instituição exponham suas dificuldades e recebam suporte emocional e assistencial. Conforme listados no quadro 4:

QUADRO 4:	
SERVIÇOS, PROJETOS E PROGRAMAS INSTITUCIONAIS DA AAACASE	
Auxílio para as famílias	Oferta de Lanche no Hospital
Carreta da Mama	Amigas da Mama
AAACASE em beleza	AAACASE em canto
Projeto danças e ritmos	Projeto Valorizando vidas
Serviço de fisioterapia	Projeto Cuidando do Cuidador

Fonte: pesquisa documental

A partir dos dados apresentados, evidencia-se a questão da multidisciplinaridade no que tange aos programas e serviços das instituições, percebe-se que aliado ao Serviço Social das instituições, toda a equipe atende os(as) usuários(as) na perspectiva de integralidade, com uma análise ampliada do contexto que permeia a vida do(a) usuário(a). Não se restringindo apenas aos aspectos biológicos da doença, como também os determinantes sociais, econômicos e psicológicos.

O Serviço Social das instituições, dentro da perspectiva multidisciplinar possui

o papel de acolher, orientar, encaminhar e acompanhar os(as) usuários(as) durante todo o tratamento e no acesso a garantia dos direitos sociais. O(a) psicólogo(a) das instituições atua com uma visão além dos aspectos físicos, atendendo os fatores psicológicos do(a) usuário(a), da fase do acolhimento e todo o processo de tratamento, visto que as famílias necessitam também de amparo em suas questões emocionais.

O(a) dentista também constitui a equipe multidisciplinar, realizando acompanhamento em todo o tratamento de modo a prevenir e tratar possíveis complicações bucais oriundas do tratamento. O(a) profissional de enfermagem também presta assistência ao(a) usuário(a) durante o tratamento, executando ações de administração de medicamentos, noções de higiene, entre outras. O(a) nutricionista atua no cuidado com a alimentação, possibilitando uma dieta equilibrada e saudável com objetivo de amenizar os efeitos colaterais causados pelo tratamento.

Na concepção de Brandão (2000), a multidisciplinaridade pretende analisar cada elemento individualmente e cada profissional busca exprimir o parecer específico de sua especialidade. Neste contexto, o(a) usuário(a) é visto(a) como um todo, visando o seu bem-estar. Dessa maneira, os(as) profissionais devem utilizar de seus saberes específicos para amenizarem os aspectos do tratamento das pessoas com câncer. Visto que, o acolhimento e a formação de vínculo são apenas o início do trabalho que compete à instituição em geral.

3.3 Particularidades das condições objetivas e subjetivas do trabalho da assistente social no atendimento às pessoas com câncer

O trabalho permite ao ser humano o controle sobre a natureza, a socialização, o desenvolvimento de habilidades, constituindo-se como uma ação social característica das relações humanas. De acordo com Marx e Engels (1989), o trabalho é a atividade vital oriunda do dispêndio de energia física e mental, que visa à produção de bens e serviços, contribuindo para a reprodução da vida humana e societal. É um processo no qual participam o homem e o meio físico, em que o ser social controla e regula seu intercâmbio com a natureza, atuando sobre ela, transformando-a e modificando a si próprio.

Nesse intento, tendo em vista as transformações não somente da natureza,

como também do próprio homem, o trabalho também desencadeia modificações nas condições objetivas e subjetivas. E, o Serviço Social como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho também sofre com as consequências destas transformações, vivenciando mudanças na organização e gerenciamento do seu próprio trabalho, visto que ao mesmo tempo em que intervém nas expressões da questão social, também se defronta com as consequências do acirramento das novas condições de trabalho, impostas pelo capitalismo.

Partindo do pressuposto de que o Serviço Social se constitui uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, possuindo como objeto de intervenção as expressões da questão social, o trabalho do(a) assistente social deve ser compreendido dentro do contexto das relações sociais, este que se configura como uma conjuntura permeada de contradições, onde de um lado tem o capital e, de outro, o trabalho. Yazbek (2009) infere que:

A prática profissional do Serviço Social é necessariamente polarizada pelos interesses de classes sociais em relação, não podendo ser pensada fora dessa trama. Permite também apreender as dimensões objetivas e subjetivas do trabalho do assistente social. Objetivas: no sentido de considerar os determinantes sócio-históricos do exercício profissional em diferentes conjunturas. Subjetivas: no sentido de identificar a forma como o assistente social incorpora em sua consciência o significado de seu trabalho e a direção social que imprime ao seu fazer profissional. Supõe, portanto, também descartar visões unilaterais da vida social e da profissão, deixando de considerar, por um lado, as determinações históricas, econômicas, sociais, políticas e culturais sobre o exercício profissional do assistente social e, por outro, o modo como o profissional constrói sua intervenção, atribui-lhe significado, confere-lhe finalidades e uma direção social (Yazbek, 2009, p. 129-130).

Dessa forma, o trabalho do(a) assistente social nas instituições de apoio às pessoas com câncer, no estado de Sergipe, inserido nessa contradição, contribuindo também para a manutenção dos interesses capitalistas. Viabilizar o acesso aos direitos, serviços e benefícios, contribui para a reprodução da sua força de trabalho, de sua subsistência e de sua família. Nessa perspectiva, a atuação do(a) assistente social nas instituições orienta-se por uma intervenção junto aos(as) usuários(as), aos seus familiares e a sua rede de suporte social (Iamamoto, 2010, p. 32).

Apesar da dicotomia, a intervenção do(a) assistente social consiste em realizar mediações com a finalidade de dar respostas ao público alvo dessas instituições. E,

assim como toda intervenção, o(a) assistente social atua em um conjunto de atividades dotadas de intencionalidades, estas que são planejadas, executadas e avaliadas em conformidade com as condições²⁵ objetivas e subjetivas, historicamente, determinadas.

Para tanto, é imprescindível o conhecimento da realidade a qual a instituição está inserida, para que haja coerência entre a intervenção profissional e as determinações da questão social nesse espaço sócio-ocupacional, para que o(a) assistente social alcance os resultados esperados a partir das intervenções. O conhecimento da realidade consiste também, em identificar a conjuntura que permeia as relações sociais, que na atualidade configura-se como o neoliberalismo, aprofundado pelo ultra neoliberalismo, e que interfere diretamente na dinâmica dos espaços sócio-ocupacionais e nas relações sociais.

Para Guerra (2000), as condições objetivas são aquelas relativas à produção material da sociedade, constituindo-se de condições que são postas na realidade material, como a divisão do trabalho, a propriedade dos meios de produção, a conjuntura, os objetos e os campos de intervenção, os espaços sócio-ocupacionais, as relações e condições materiais de trabalho.

Um ponto observado tanto na pesquisa documental, quanto nos relatórios de estágio, foi a respeito dos(as) profissionais de Serviço Social das instituições serem majoritariamente do sexo feminino. Isso se deve a construção social produzida historicamente, posto que o Serviço Social em seu processo de consolidação no Brasil teve como base os princípios da Doutrina Social da Igreja Católica, o qual imprimiu a profissão um caráter apostólico, caracterizando-a como uma profissão a ser exercida por mulheres, como vocação e com papéis específicos definidos pela sociedade: a tutela, o cuidado, a caridade, a reprodução social, a ajuda, naturalizando a profissão como uma carreira a ser seguida somente por mulheres.

Segundo Iamamoto e Carvalho (2007), no Brasil o Serviço Social se institucionaliza e se legitima profissionalmente como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, como suporte da Igreja Católica na perspectiva do

²⁵ Vargas (2016) explica que a precarização do trabalho deve ser entendida tanto pela dimensão objetiva, quanto pela subjetiva. Sobre isso, são levantados critérios específicos que procuram captar os níveis de risco e vulnerabilidade do trabalhador, exemplo das jornadas de trabalho, dos níveis de segurança no trabalho, da insalubridade e periculosidade, do local e ambiente de trabalho, e dos meios e instrumentos de trabalho. Tais exemplos são expressões objetivas das condições de precarização trabalho.

enfrentamento e regulação da questão social, a partir dos anos de 1930. Sendo que, desde a emergência da profissão do Serviço Social observamos a predominância do sexo feminino entre tais profissionais que atuam no atendimento às pessoas com câncer no estado de Sergipe. Assim, a predominância feminina na profissão do Serviço Social em suas origens, está diretamente ligada às características enraizadas e culturalmente legitimadas ao âmbito feminino.

Neste contexto, o Serviço Social foi se constituindo como um espaço para atuação feminina, sendo no surgimento da profissão utilizado como uma alternativa à vida doméstica, abrindo a possibilidade de profissionalização para as mulheres, como uma extensão dos papéis domésticos. É dentro desse parâmetro que a profissão se constitui como uma profissão feminina, estando ligada a questões atribuídas ao gênero feminino, a família, a mulher, a criança, ao pobre, dentre outros. De acordo com Iamamoto e Carvalho (1982):

Intelectualmente o homem é empreendedor, combativo, tende para a dominação. Seu temperamento prepara-o para a vida exterior, para a organização e para a concorrência. A mulher é feita para compreender e ajudar. Dotada de grande paciência, ocupa-se eficazmente de seres fracos, das crianças, dos doentes. A sensibilidade torna-a amável e compassiva. É, por isso, particularmente indicada a servir de intermediária, a estabelecer e manter relações (Iamamoto; Carvalho; 1982, p. 175).

Descrita a partir desse perfil, ser feminina é como se fosse uma condição para ser assistente social, absorvendo tanto a imagem social da mulher, quanto as discriminações postas a ela no âmbito profissional, seja com desigualdade salarial, seja na questão hierárquica. Na última estatística levantada pelo CFESS sobre o perfil de assistentes sociais no Brasil, no ano de 2022, tem-se como realidade o total de 61.151 profissionais com inscrição ativa em todo território nacional. Todavia, do universo total pesquisado, 41.083 (92,92%) profissionais se identificam com o gênero feminino, enquanto 3.083 (6,97%) têm identificação com o sexo masculino. 'Outras expressões de Gênero', diferentes das anteriores, foi a resposta de 46 (0,10%) assistentes sociais (CFESS, 2022, p. 23).

Tendo em vista esses dados, convém evidenciar os apontamentos de Iamamoto (2004), a qual destaca que se a imagem social predominante da profissão

é indissociável de certos estereótipos²⁶ socialmente construídos sobre a mulher na visão mais tradicional e conservadora de sua inserção na sociedade, o processo de renovação do Serviço Social é também tributário da luta pela emancipação das mulheres na sociedade brasileira, que renasce com vigor no combate ao último período ditatorial, em parceria com as lutas pelo processo de democratização da sociedade e do Estado no país.

É o que a teoria feminista marxista denomina de divisão sexual do trabalho, pois nos termos de Saffioti (2004) a sociedade não comporta uma única contradição. São três as contradições fundamentais que devem ser consideradas “[...] a de gênero, a de raça/etnia e a de classe. Com efeito, ao longo da história do patriarcado, este foi fundindo com o racismo e, posteriormente, com o capitalismo, regime no qual desabrocharam, na sua plenitude, as classes sociais. [...] O nó formado pelo patriarcado-racismo-capitalismo constitui uma realidade bastante nova, que se construiu nos séculos XVI-XVIII, e que não apenas é contraditória, mas também regida por uma lógica igualmente contraditória. Não é possível pensar o econômico desvinculado do político.” (Saffioti, 2004, p. 73).

Análises sobre as determinações de raça, gênero, classe são imprescindíveis para provocar transformações culturais de enfrentamento do projeto conservador de dominação-opressão-exploração.

Para tanto, Coelho (2008) enfatiza que, faz-se necessário o recurso aos fundamentos teórico-metodológicos que possibilite desvelar as contradições e as determinações da realidade, indicando um nível de receptividade do mundo exterior pela consciência, na qual as demandas que se apresentam cotidianamente ao exercício profissional não têm existência em si mesmas, nem tampouco, são frutos da abstração.

Numa perspectiva de classe social, o período histórico que imprime a profissão na divisão social e técnica do trabalho se dar na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, isto é, no momento em que ocorre a organização dos monopólios. O capitalismo monopolista tinha como objetivo principal o lucro do capital através dos controles de mercados.

²⁶ As discriminações sociais de gênero, raça e etnia, vicejam na formação cultural do país e ultrapassam largamente as fronteiras do meio profissional, embora nele também se atualizem. Assim, no Código de Ética do Assistente Social, de 1993, consta, como um de seus princípios, o “exercício profissional sem ser discriminado e discriminar por questões de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual e condição física (Iamamoto, 2004, p. 105).

Visando a acumulação do capital, o Estado passa a intervir nas expressões da questão social, a intervenção se dava por meio de políticas sociais, sendo a assistente social a profissional responsável por executar as políticas. As primeiras escolas de Serviço Social tiveram grande relevância para a formação de assistentes sociais e a inserção dessas novas profissionais na divisão social e técnica do trabalho. De cunho conservador, as primeiras escolas exigiam um padrão idealizado de candidatas para estudar serviço social, deixando evidente que deveriam pertencer à classe burguesa.

Veloso (2001) pontua que, as mulheres que compunham a categoria do Serviço Social trouxeram consigo valores, formas de relacionar com o mundo, características e atribuições destinadas às mulheres, sendo que esses fatores contribuíram para que a profissão conferisse uma imagem próxima daquela que se tinha da mulher.

Esse aspecto de feminização permeou a trajetória histórica da profissão durante muito tempo. Na contemporaneidade, ainda se observa a predominância das mulheres na profissão de Serviço Social, isso porque a sociedade ainda pensa de acordo com os moldes da origem a profissão. Todavia, nos dias atuais a intervenção ocorre através do que é preconizado pelo Projeto Ético-Político, e não pela defesa da ideologia burguesa como ocorria no surgimento da profissão.

Dada a fundamentação teórica, esta pesquisa de mestrado apresenta mais uma vez, os seguintes questionamentos, no intuito de ao mesmo tempo esboçar uma análise mais aprofundada sobre as particularidades do trabalho profissional de assistentes sociais no atendimento às pessoas com câncer:

a) De que forma se efetiva o trabalho do(a) assistente social no terceiro setor, considerando a conjuntura neoliberal/ultra neoliberal, as reformas na política de saúde pública, as dimensões constitutivas (teórico-metodológica, técnico-operativa, ético-política, investigativa e pedagógica), o projeto político da categoria profissional e os desafios enfrentados no atendimento às pessoas com câncer no Estado de Sergipe?

b) Quais as possibilidades para ultrapassar o atendimento de demandas imediatas e o sentido utilitário da prática profissional, de cada caso é um caso?

c) Como ultrapassar, através do trabalho profissional, o atendimento às requisições institucionais?

d) Quais os rebatimentos da visão filantrópica nas condições objetivas e subjetivas do trabalho profissional, enquanto inseridos na divisão sociotécnica do trabalho?

É notória a desestruturação da Seguridade Social, como consequência do sucateamento da política de saúde, previdência e assistência social, com grande expansão do apelo assistencialista, norteado pela solidariedade no combate da pobreza e nas parcerias público-privado. Essa tendência amplia o mercado de trabalho do(a) assistente social, ao mesmo tempo em que precariza as condições de trabalho. Soma-se a essa tendência a requisição de perfis profissionais que confrontam o Projeto Ético-político Profissional, direcionados para o gerenciamento das expressões da questão social por meio de programas sociais cada vez mais restritivos e distanciados da perspectiva de direito social.

Na particularidade das instituições do terceiro setor de atendimento às pessoas com câncer no estado de Sergipe, com o ultra neoliberalismo, que nada mais é que a intensificação do neoliberalismo articulado ao fundamentalismo conservador e neofascista (flertando com o feminicídio, homofobia, neonazismo, racismo, xenofobia, separatismo regional do país²⁷), no trabalho do(a) assistente social emergem novas dinâmicas e aprofundam-se questões já existentes, como o crescente desemprego, trabalhos precarizados, adoecimento²⁸ mental, subalternidade, destituição de direitos, desmonte de políticas públicas, entre outras. Impondo urgência ao(à) assistente social na reafirmação do materialismo histórico-dialético através de uma intervenção direcionada pelo aprofundamento do referencial teórico-metodológico, ético-político, articulação política com os movimentos sociais, crítica e investigativa, elementos estes que compõem a dimensão subjetiva, exigindo formação continuada. Conforme Guerra (2000):

Condições subjetivas são as relativas aos sujeitos, às suas escolhas, ao grau de qualificação e competência, ao seu preparo técnico e

²⁷ Barroco (2015) retrata que em sua função ideológica, o conservadorismo reproduz um modo de ser fundado em valores historicamente preservados pela tradição e pelos costumes, no caso brasileiro, um modo de ser mantido pelas elites, com seu racismo, seu preconceito de classe, seu horror ao comunismo. A autora destaca que ao materializar-se na exploração, na dominação, na desigualdade, na violência objetiva e subjetiva, a acumulação capitalista e o neoliberalismo criaram as bases concretas para a reprodução social da barbárie manifesta em ideias, valores e comportamentos. “Essa guerra não declarada tem nome e endereço; atinge de formas variadas os jovens da periferia, os negros, as mulheres, os moradores de rua, os trabalhadores pobres, os grupos e sujeitos ‘fora’ da ordem, da lei, dos costumes, do mercado de trabalho, do consumo, do pensamento dominante” (Barroco, 2015, p. 628).

²⁸ Valencia (2016) acrescenta que a relação das condições subjetivas e a alienação do trabalho, incidem na ampliação de doenças do trabalho, com ênfase nos transtornos mentais. Fato que justifica a crescente expansão dos negócios farmacêuticos, que lucram com a doença e a desgraça humana, diante da venda de antibióticos e medicamentos antidepressivos.

teórico-metodológico, aos referenciais teóricos-metodológicos, éticos e políticos utilizados, dentre outras (Guerra, 2000, p. 1).

Pode-se também dimensionar as condições subjetivas a partir de indicadores da precarização do trabalho, levando em consideração a natureza do trabalho do(a) assistente social e como as demandas impostas institucionalmente o(a) afeta, por meio das sensações que vivencia diante das condições de trabalho, onde se expressa o sofrimento, a insatisfação, o estresse e doenças provenientes do desgaste físico e mental.

Para Vargas (2016), o capitalismo no plano mundial procura captar o produto do trabalho e o ato do(a) trabalhador(a) propriamente dito, por meio da alienação, ou seja, nem o produto/resultado do trabalho e o ato/ação do trabalho pertencem mais ao(a) trabalhador(a), sendo a riqueza socialmente produzida e a dimensão teleológica do trabalho são expropriadas do(a) trabalhador(a).

Esse contexto é reflexo da inserção do(a) trabalhador(a) na divisão sexual, social e técnica do trabalho, impedindo a plena autonomia da sua direção profissional. Isso porque, no cotidiano da prestação de serviços o(a) assistente social também se defronta com as relações hierárquicas, típicas das relações sociais e de poder existentes, tendo que atender os pressupostos de diferentes sujeitos, que controlam dentre outras coisas, a capacidade técnica e política do seu fazer profissional.

A falta de autonomia profissional é um fator resultante da precarização do trabalho, condicionada ao assalariamento, dentro dos limites e possibilidades da venda da força de trabalho, fazendo com que o(a) assistente social atenda às exigências impostas por essa relação.

De acordo com Moraes (2016), ao compreender que esse profissional depende da venda de sua força de trabalho para a manutenção de sua sobrevivência e, enquanto trabalhador(a) assalariado(a) tem que responder às prescrições institucionais que redesenham o caminho da burocracia do empirismo e do imediatismo. Não obstante, ao mesmo tempo em que o(a) profissional possui direcionamento das suas ações para atender as demandas dos(as) usuários(as) das instituições, ele(a) também é pressionado a seguir as requisições institucionais, estas que podem possuir direcionamentos contrários aos propostos pelo projeto profissional.

Outra condição de trabalho vivenciada pelos(as) profissionais é a sobrecarga

de trabalho, sendo estes(as) requisitados(as) pela instituição para ofertar respostas rápidas às demandas institucionais. Representando uma fragilidade do próprio vínculo de trabalho, que cobra do Serviço Social práticas imediatistas, mecanicistas, desprovidas de criticidade e conhecimento da totalidade da realidade dos(as) usuários(as).

Além disso, no cenário contemporâneo, tem sido cada vez mais comum a requisição de profissionais em formas precarizadas de contratação de serviços individuais, onde se tem exigido a contratação de assistentes sociais através do exercício profissional autônomo, temporário, assessoria e por projetos, onde estes prestam serviços mediante o fornecimento de notas fiscais, para “empresas de serviços [...], organizações não governamentais, (falsas) cooperativas de trabalhadores na prestação de serviços a governos” (Raichelis, 2018, p. 51).

Nesse mesmo percurso, o fenômeno da terceirização tem estabelecido as suas bases, reconfigurando as formas de contratação dos(as) trabalhadores(as), através da subcontratação de empresas mediadoras. Essa forma de contratação isenta as organizações que requisitam os serviços do(a) assistente social de subsidiar encargos trabalhistas e previdenciários.

Para Raichelis (2018), essas novas formas de contratação expressam uma nova morfologia do trabalho de assistentes sociais. Para a autora, esse cenário tem provocado situações que se tornam comuns aos(as) trabalhadores(as) coletivos(as) e assalariados(as), como o trabalho não protegido, a baixa remuneração, a desproteção social e trabalhista e o assédio moral no ambiente de trabalho, que conjugados provocam o sofrimento e o adoecimento dos(as) trabalhadores(as).

No caso específico do Serviço Social Brasileiro, o projeto ultra neoliberal²⁹ ameaça a dimensão teórico-metodológica do trabalho do(a) assistente social, indo de encontro ao Projeto Ético-Político da profissão, emergindo das práticas imediatistas, que não ultrapassam a superficialidades das demandas apresentadas, reforçando os valores do projeto hegemônico. Como condicionantes objetivos³⁰, tem-se a

²⁹ Em síntese, verifica-se que as condições contemporâneas do trabalho estão em um processo de precarização e degradação típico do momento atual do capitalismo, instaurando formas perversas de regressão social, que são determinadas por condições objetivas e subjetivas de trabalho (Lourenço, 2019, p.60).

³⁰ Ressalta-se que as condições objetivas para que o(a) assistente social exerça seu trabalho dependem das condições concretas que o Estado (federal, estadual e municipal) e as empresas privadas disponibilizam para o(a) profissional. Por mais que o(a) assistente social seja reconhecido(a)

precarização do trabalho, perda de direitos, fragilização dos sindicatos, requisitos de produtividade e eficiência, que aprofundam a alienação³¹ no trabalho precário ao qual estão submetidos(as).

No que tange ao aprofundamento da alienação, Marx (2004) aponta que:

[...] o trabalhador se relaciona com o produto do seu trabalho como a um objeto estranho. Com base nesse pressuposto, é claro que quanto mais o trabalhador se esgota a si mesmo, mais poderoso se torna o mundo dos objetos, que ele cria diante de si, mais pobre ele fica na sua vida interior, menos pertence a si próprio [...] A alienação do trabalhador no seu produto significa não só que o trabalho se transforma em objeto, assume uma existência externa, mas que existe independentemente, fora dele e a ele estranho, e se torna um poder autônomo em oposição a ele; que a vida que deu ao objeto se torna uma força hostil e antagônica (Marx, 2004, p. 112).

Dessa forma, compreende-se que o trabalho se materializa no objeto, o qual adquire independência em relação ao(a) trabalhador(a), sendo apropriado pelos capitalistas, que detém os meios de produção. Sendo repassado aos(as) trabalhadores(as) apenas o necessário para a sua subsistência, assim, ao receberem somente o equivalente à sua subsistência, os(as) trabalhadores(as) tornam-se alienados(as) ao processo de trabalho, vendendo a sua força de trabalho para sobreviver.

Em consonância com a pesquisa bibliográfica realizada no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, ficou perceptível que a precarização do trabalho nos espaço sócio-ocupacionais do(a) assistente social em Organizações da Sociedade Civil possui como determinantes a falta de infraestrutura para a realização do trabalho profissional, falta de equipamentos, falta de material de informática, meios de transporte para atividades que necessita de deslocamento dos(as) profissionais, falta de material de consumo, espaços inadequados para a efetivação dos atendimentos, os quais possuem pouca segurança para o sigilo do(a) usuário(a) atendido, bem como pouca ventilação e iluminação.

Soma-se as circunstâncias acima, a questão salarial dos(as) assistentes sociais, visto que a categoria não possui um piso salarial estabelecido, ficando a

e legalmente sancionado(a) como uma profissão liberal, as condições para que exerça seu trabalho depende do seu empregador, seja este estatal ou privado (Lourenço, 2019, p.61).

³¹ Ele submete-se ao controle capitalista não porque deseja, mas porque assim se faz necessário enquanto persistir a estrutura social capitalista e suas relações propriedade. O trabalhador então troca sua força de trabalho por um salário, e o seu trabalho – antes um processo de autorrealização e libertação – agora se configura em meio necessário à sua própria subsistência (Alves, 2021, p. 33).

critério dos(as) empregadores(as) determinar os valores. Segundo Lourenço (2019), a realidade brasileira tem desvelado que grande parte dos(as) assistentes sociais recebem baixos salários. De acordo com a autora, diante desse cenário, a categoria profissional e o conjunto CFESS/CRESS estão mobilizados reivindicando a aprovação do Projeto de Lei n.º 5278/2009, que tramita na Câmara dos Deputados, institui o piso salarial de R\$ 3.720,00 (a ser reajustado no mês da publicação da lei) para uma jornada de trabalho semanal de 30 horas.

Diante desse contexto, Guerra (2016b) destaca que há um crescente aumento de profissionais que possuem mais de um vínculo empregatício, o que denomina como “pluriemprego”. De acordo com a autora, esse processo evidencia uma rotatividade inédita, que resulta dos vínculos instáveis e dos baixos salários, além da intensificação e extensão de carga horária por ter que conciliar, pelo menos, duas jornadas de trabalho.

As condições de trabalho dos(as) profissionais estão intrínsecas aos interesses antagônicos presentes na sociedade de classes, e que acabam por condicionar o fazer profissional do(a) assistente social nas instituições. Sendo estes(as) profissionais obrigados(as) a responder às demandas institucionais, ao mesmo tempo em que necessitam reafirmar o seu fazer profissional nos espaços sócio-ocupacionais diante das imposições dos(as) empregadores(as).

Essas limitações interferem diretamente na intervenção profissional, isso porque “o resultado das ações profissionais, nem sempre coincide com aquele pré-idealizado individualmente pelo(a) profissional e, em segundo lugar, que estes resultados não são, de maneira nenhuma independentes das condições materiais existentes” (Guerra, 2016b, p. 17). Isto é, embora o(a) assistente social queira dar uma direção à sua prática profissional, ele se defronta com as condições objetivas que limitam as possibilidades de uma atuação crítica, desvincilhada da imediatividade e burocratização.

Em vista disso, é inegável que as condições objetivas incidem nas subjetivas, isso porque os determinantes econômicos e sociais são indissociáveis do processo de trabalho, os quais são determinantes para a exploração da força de trabalho, onde se exige a produtividade do(a) trabalhador(a). E o resultado dessas condições manifestam-se de várias maneiras, conforme aponta Raichelis (2018), crescem o assédio moral, o desgaste mental dos(as) assistentes sociais, o sofrimento e adoecimento provocados pelas novas formas de organização, controle e gestão do

trabalho nas políticas sociais.

Não obstante, as intervenções realizadas de forma imediatista e repetitiva não contribuem para a reflexão sobre o fazer profissional, muito menos para a ultrapassagem da aparência das demandas levadas pelos(as) usuários(as). Por isso a importância da formação profissional embasada no Projeto Ético-político Profissional, conforme aponta Lourenço (2019):

Por isso, é de suma importância a luta por qualificação profissional e formação continuada, entendendo que são nesses espaços que os(as) profissionais conseguem refletir sobre sua atuação e seus efeitos na vida do usuário. São através dos espaços coletivos que os(as) assistentes sociais podem ressignificar seu exercício profissional, incorporando formas de organização que veiculam a direção social referenciada no projeto ético-político-profissional (Lourenço, 2019, p. 66).

Dessa forma, coloca-se como desafio para os(as) profissionais, a formação continuada e o senso crítico para responder às demandas institucionais de forma que ultrapasse as aparências e a imediatez.

Haja vista, o Serviço Social se modificou de acordo com o movimento de reconceitualização vivenciado desde o surgimento da profissão, alcançando legitimação e reconhecimento. As técnicas e instrumentos também acompanharam as mudanças com o objetivo de atender as demandas impostas em cada período sócio-histórico. Isso porque, conforme a sociedade se modifica, as demandas colocadas à profissão também se modificam, requisitando dos(as) profissionais direcionamento crítico para atendê-las em sua totalidade.

O trabalho do(a) assistente social em organizações da sociedade civil se concretiza, portanto, na condição de trabalhador(a) assalariado(a) que necessita das instituições para a legitimação da profissão, na qual ele(a) vende sua força de trabalho, estando de um lado sujeito(a) a condicionantes em relação à sua autonomia, atendendo os interesses institucionais e, de outro, o projeto ético-político profissional, atendendo os interesses da profissão e dos(as) usuários(as) dos serviços.

3.4 Instrumentalidade como mediação e dimensões do trabalho do(a) assistente social no atendimento às pessoas com câncer

O Serviço Social é uma profissão que apresenta inúmeras particularidades, logo que não atua em uma única vertente de trabalho, mas também na singularidade que permeia o homem na sociedade. De acordo com Carvalho e Netto (2014):

O Serviço Social é uma profissão que tem características singulares. [...] Sua especificidade está no fato de atuar sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social, ou seja, aquela formada por grupos subalternos, pauperizados ou excluídos dos bens serviços e riquezas dessa mesma sociedade. [...] É por isso que os profissionais de Serviço Social atuam basicamente na trama das relações de conquista e apropriação de serviços e poder pela população excluída e dominada (Carvalho e Netto, 2014, p. 52).

Expondo as determinações da práxis do trabalho profissional mediante as requisições sociais que são apresentadas pelos(as) usuários(as) dos serviços, sendo estes(as), sujeitos sociais que buscam nas instituições de apoio as pessoas com câncer a promoção e oferta da assistência psicossocial, médica e financeira, por conta dos impactos do ideário neoliberal engajado no modo de produção capitalista. As instituições buscam propiciar aos(as) usuários(as), condições necessárias para serem submetidos(as) ao tratamento médico adequado no combate ao câncer. Desse modo, conforme Silva (2017):

O suporte fornecido pelo Serviço Social oferece apoio psicossocial a partir de informações que ajudam a desmistificar a doença (câncer); contribuições para que o doente seja capaz de enfrentar a doença, bem como ações sociais relativas ao tratamento e reabilitação do doente oncológico (Silva, 2017, p. 9).

Brentani (2013) nos leva a compreender que, nesse contexto, a atuação do Serviço Social está voltada para o atendimento do(a) usuário(a) em suas necessidades psicossocial e emocional, em situações de adoecimento, norteado pelo compromisso de valorização da dignidade da pessoa humana, compreendendo o sujeito, assim como sua enfermidade, para tratá-la integralmente, em uma perspectiva de humanização.

Destarte, o Inca (2017) acrescenta que:

A formação generalista e a perspectiva histórico-crítica que norteia a intervenção do(a) assistente social oferecem condições de esse profissional trazer elementos importantes acerca das condições de vida e trabalho em que a família está inserida. Isso possibilita construir,

junto à equipe, reflexões e propostas de intervenção coadunadas com a realidade, rompendo com uma atuação imediatista e sem análise crítica do contexto em que o assistido com câncer e seus familiares estão inseridos, considerando a ordem estrutural que tem rebatimentos diretos na vida dos sujeitos (Inca, 2017, p. 32).

Levando em consideração a afirmação acima, no âmbito do trabalho profissional, o Serviço Social visa produzir as transformações necessárias no cotidiano da vida social dos(as) usuários(as) atendidos(as). E é através das dimensões teórico-metodológica, ético-política, técnico-operativa, pedagógica e investigativa que o(a) assistente social encontra a compreensão da realidade social, para que a intervenção possa ser realizada com eficácia, responsabilidade, competência profissional e com compromisso ético-político para a construção de uma sociedade mais justa.

No enfoque de Guerra (2005), a utilidade social de uma profissão está centrada em responder às necessidades das classes sociais. Para a autora, numa ordem social constituída de duas classes fundamentais tais necessidades, vinculadas ao capital e/ou ao trabalho são não apenas diferentes, mas antagônicas. Dessa maneira, a utilidade social da profissão está em responder às necessidades das classes sociais, que se transformam, por meio de muitas mediações, em demandas para a profissão.

A autora infere ainda, que estas são respostas qualificadas e institucionalizadas, para o que, além de uma formação social especializada, devem ter seu significado social reconhecido pelas classes sociais fundamentais (capitalistas e trabalhadores). Considerando que o espaço sócio-ocupacional de qualquer profissão, neste caso do Serviço Social, é criado pela existência de tais necessidades sociais e que, historicamente, a profissão adquire este espaço quando o Estado passa a interferir sistematicamente nas refrações da questão social.

Nesse ínterim, o(a) assistente social nos espaços sócio-ocupacionais das Organizações da Sociedade Civil de atendimento as pessoas com câncer, é o(a) profissional que identifica as necessidades dos(as) usuários(as) e as condições sociais em que ele(a) está inserido(a), numa perspectiva de totalidade, passando a interpretar junto à equipe aspectos relevantes no âmbito social. Com isso, o(a) profissional utiliza-se das dimensões teórico-metodológica, ético-política, técnico-operativa, pedagógica e investigativa, para ser um(a) propositor(a) de novas estratégias de enfrentamento das situações e viabilizar direitos sociais.

Nos relatórios que subsidiaram esse estudo foi possível perceber que o Serviço

Social das instituições se configura como porta de entrada da instituição, sendo o(a) assistente social responsável por desvencilhar o contexto da doença e pelo desvelamento dos determinantes sócio-históricos. Propiciando aos(as) usuários(as) cadastrados(as) na instituição o acesso a direitos e orientações a respeito de benefícios para a manutenção da saúde, esta que engloba o direito à cidadania, as responsabilidades do Estado, o acesso a medicamentos e tratamento de qualidade.

Na prática profissional do(a) assistente social não basta apenas conhecer os instrumentos e técnicas da profissão, mas é necessário que estes estejam articulados com o movimento das relações sociais. Por trás das escolhas dos instrumentos estão as intencionalidades das ações profissionais e da instituição. Os instrumentais dão suporte para a transformação da realidade dos(as) usuários(as) das instituições, contribuindo para a qualidade do tratamento da doença, como também nas relações sociais.

Na concepção de Guerra (2000), a instrumentalidade é o modo de ser que caracteriza o fazer profissional que é moldado a partir das relações sociais que são estabelecidos no bojo das condições objetivas e subjetivas em que se desenvolve o exercício profissional. Nesse contexto, na medida em que possibilita o alcance dos objetivos a que se propõe, a instrumentalidade configura-se como “[...] condição concreta de reconhecimento social da profissão” (Guerra, 2000, p. 2).

Os instrumentais podem ser considerados como a capacidade de articulação dos instrumentos e a técnica, não podendo ser utilizados de maneira isolada, mas como complementares, sendo manuseados a partir da conduta profissional do(a) assistente social. De acordo com Sarmiento (1994):

É a manifestação do saber, de sua intencionalidade, portanto um ato político, ela não é neutra, dado que novas ações ou atos estão articulados e comprometidos com uma prática social (ou não) para a transformação social (ou funcionamento social), com práticas libertadoras (ou mantenedoras do poder e da dominação) (Sarmiento, 1994, p. 247).

Assim, a técnica funciona como a mobilização dos instrumentos, sendo estes considerados como a ação que coloca a técnica em prática. Neste contexto, é necessário um conhecimento prévio para identificar a finalidade de cada instrumento, visto que no atendimento à pessoa com câncer, cada caso é um caso, exigindo técnicas e instrumentos de acordo com a demanda apresentada pelos(as)

usuários(as). Nos relatórios foi possível perceber que as profissionais dessas instituições utilizam os instrumentos como forma de melhor atender os(as) cadastrados(as), além da eficácia no fazer profissional.

Todo processo de trabalho incide em um objeto ou matéria-prima como foco da ação, requisitando instrumentos de trabalho que potencializam a aquisição de resultados. No trabalho do(a) assistente social, que tem como objeto as expressões da questão social, os instrumentos são mediadores para o atingimento do objetivo final, que é o atendimento das demandas dos(as) usuários(as). Porém, essa mediação³² só se concretiza a partir das dimensões³³ teórico-metodológica, ético-política, técnico-operativa, pedagógica e investigativa. Estas que se complementam, trazendo rigor teórico, direcionamento crítico para as escolhas dos instrumentos utilizados para o desvelamento da realidade. Guerra (2000) expõe que:

A instrumentalidade do serviço social como mediação é o espaço para se pensar nos valores subjacentes às ações, no nível e na direção das respostas que estamos dando e pelas quais a profissão é reconhecida ou questionada socialmente (Guerra, 2000, p. 30).

A instrumentalidade³⁴ enquanto mediação, possibilita que o(a) assistente social responda às demandas profissionais com objetividade e intencionalidade. É através da mediação que os(as) profissionais modificam, transformam e dão sentido ao trabalho no cotidiano. Deste modo, a mediação constitui-se necessária para o fazer profissional, permitindo ao(a) profissional ultrapassar as abstrações da vontade, para a concretização das ações, levando em consideração a universalidade, singularidade e particularidade da realidade social.

Para a compreensão da instrumentalidade do Serviço Social é preciso entender que o trabalho do(a) assistente social é fruto do processo sócio-histórico do capitalismo, a partir dessa perspectiva compreende-se os obstáculos que se

³² De acordo com Pontes (1997), as mediações funcionam como condutos por onde fluem as relações entre as várias estâncias da realidade. Para o autor são elas que possibilitam conceber-se a realidade como totalidade.

³³ As dimensões tratam de uma articulação entre teoria e prática, investigação e intervenção, pesquisa e ação, ciência e técnica (Silva; Batista, 2016, p.43).

³⁴ Para Guerra (1995), se por um lado, a instrumentalidade ou o significado funcional do Serviço Social lhe é atribuído social e historicamente, suas racionalidades são construídas na intervenção profissional, havendo que distinguir “as intervenções profissionais voltadas às situações *imediatas*, daquelas que se encontram abertas a *fenômenos emergentes*” (Guerra, 1995, p. 200).

apresentam para a profissão, estes que assumem contornos impondo ao(a) profissional inserido(a) nas Organizações da Sociedade Civil, direcionamento crítico para evitar as tendências fatalistas, messiânicas, funcionalistas e conservadoras.

Partindo desse entendimento, o debate sobre a dimensão técnico-operativa não deve ser isolado das dimensões teórico-metodológica, ético-política, pedagógica e investigativa.

O termo “dimensão”, conforme as premissas de Santos (2013a, p. 25), refere-se “às propriedades de alguma coisa, no sentido de seus pressupostos, de suas direções, de seus princípios fundamentais”. Especificamente no Serviço Social, diz respeito “aos princípios que contribuem para a concretização da profissão de Serviço Social e que formam a sua base”. A autora detecta que as dimensões do exercício profissional são subsídios “intrínsecos à passagem da finalidade ideal - que está no âmbito do pensamento, da projeção - à finalidade real - âmbito da efetividade da ação”.

De acordo com Santos *et al.* (2013):

Pensar o exercício profissional a partir dessas três dimensões coloca a possibilidade de entender o significado social da ação profissional – formativa, interventiva, investigativa. Pensá-las de modo articulado e orgânico, mas reconhecendo a particularidade de cada uma permite entender o papel da teoria como possibilidade, uma vez que leva ao conhecimento da realidade, indica caminhos, estratégias, bem como o instrumental técnico-operativo que deve ser utilizado e como deve ser manuseado. Implica, portanto, em pensar a relação que se estabelece entre teoria e prática, com as mediações necessárias para que a finalidade ideal, através da intervenção, possa se constituir em finalidade real, objetiva (Santos *et al.*, 2013, p. 24).

Em outros termos, essas dimensões estão interligadas, tornando-se inviável pensá-las de modo isolado, posto que, a dimensão teórico-metodológica abrange a forma de interpretação da realidade concreta e a maneira de se relacionar com os sujeitos. A dimensão ético-política, no que lhe concerne, traduz os valores, as intencionalidades e as finalidades da ação profissional, já a dimensão técnico-operativa compreende o fazer profissional, bem como as particularidades dos instrumentais e das técnicas.

A dimensão técnico-operativa constitui-se de um conjunto de habilidades que permite ao(a) profissional desenvolver intervenções junto à população usuária e as instituições, garantindo uma intervenção qualificada que responda às demandas

apresentadas no cotidiano profissional. Exigindo rigor teórico e metodológico, o qual lhe permite enxergar a dinâmica da sociedade, ultrapassando à aparência dos fenômenos, bem como a construção de novas possibilidades profissionais.

Para Guerra (2012), a dimensão técnico-operativa constitui-se como o modo de aparecer da profissão e de responder as questões: Para que fazer? Para quem fazer? Quando e onde fazer? O que fazer? Como fazer? A autora considera também essa dimensão como a razão de ser da profissão, remetendo às competências instrumentais por onde a profissão é reconhecida e legitimada.

Nessa perspectiva, a dimensão técnico-operativa não pode ser utilizada desarticulada das outras dimensões pelo fato de que sem rigor teórico, sem direcionamento político, sem atitude investigativa e ação pedagógica, torna-se insuficiente a eficiência técnica, podendo torna-se em um mero tecnicismo, sem criticidade.

Assim, a dimensão técnico-operativa não pode ser considerada de forma autônoma e nem neutra, pois possui o caráter ético-político da profissão. Posto que, ao utilizar os instrumentais, o(a) assistente social imprime na sua intervenção a direção social pautada no Projeto Ético-Político da profissão.

A dimensão ético-política refere-se ao posicionamento crítico e político frente as contradições da realidade apresentada pelos(as) usuários(as) dos serviços, bem como a consciência da direção social que irá imprimir no seu fazer profissional, a qual não é neutra, sendo dotada de intencionalidades. Exigindo do(a) profissional um posicionamento político frente as questões com as quais se defrontam na realidade, para que tenha clareza sobre a direção social da sua prática.

De acordo com os pressupostos de Iamamoto (1998), a dimensão ético-política está interligada ao caráter contraditório do Serviço Social, por estar inserida em um espaço de interesses sociais divergentes na sociabilidade do capital. Visto que, essa dimensão não se expressa somente no mero engajamento político do profissional, já que inclui também a formação de uma consciência teórica. É ressaltado pela autora que, se esta dimensão for deslocada das demais dimensões pode resultar em politicismo.

Destarte, a dimensão ético-política por si só não é suficiente para propiciar uma base teórica ao(a) profissional devendo, portanto, articular-se com as demais dimensões. Ademais, não é demais repetir, o Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, está presente no antagonismo de

classe com interesses distintos, necessitando de aporte teórico-metodológico, técnico-operativo, investigativo e pedagógico para a formação da consciência política.

A dimensão teórico-metodológica³⁵, por sua vez, trata-se da apreensão do método, das teorias para a compreensão da realidade para além dos fenômenos aparentes, com a finalidade de construir uma intervenção com embasamento teórico, criando possibilidade efetivas para responder as demandas trazidas pelos(as) usuários(as).

Iamamoto (1998) assinala que, a dimensão teórico-metodológica concerne ao trajeto para o(a) assistente social atingir novas alternativas. Exigindo, por seu lado, o acúmulo teórico embasado pela história, o acompanhamento dos processos sociais, a pesquisa rigorosa da dinâmica social e dos modos de vivência dos sujeitos sociais. Posto que, esta dimensão oferece a leitura para explicação e apreensão da realidade concreta. Salienta-se que, se ela for utilizada de maneira isolada das outras dimensões, pode torna-se um teoricismo.

Aliada a estas dimensões o(a) profissional de Serviço Social também é orientado(a) pelas dimensões pedagógica e investigativa. Na qual, a dimensão pedagógica se constitui de orientações realizadas pelo(a) assistente social em virtude do seu conhecimento, contribuindo para modificar, transformar a realidade e influenciar os sujeitos no cotidiano, no enfrentamento de processos de alienação, atuando no enfrentamento de processos de dominação-opressão-exploração do projeto conservador, viabilizando um projeto emancipatório, de justiça social e contra hegemônico.

A dimensão pedagógica, embora pouco mencionada, se expressa por meio de ações, as quais o(a) assistente social, em virtude do seu conhecimento, pode contribuir para modificar, quiçá transformar a realidade e influenciar os indivíduos no cotidiano, tanto na sua maneira de agir, quanto de pensar politicamente para construção de uma contra hegemonia à ordem de dominação-exploração-opressão. Além disso, ela está articulada as demais dimensões, sendo necessária a busca por referenciais teóricos e estratégias para que a ação desenvolvida pelo(a) profissional alcance o(a) usuário(a).

³⁵ [...] a capacidade teórico-metodológica é que permite uma apreensão do processo social como totalidade, reproduzindo o movimento do real em suas manifestações universais, particulares e singulares em seus componentes de objetividade, em suas dimensões econômicas, políticas, éticas, ideológicas e culturais, fundamentado em categorias que emanam da adoção de uma teoria social crítica (ABEPSS/CEDPESS, 1996, p. 152).

Abreu (2004) conceitua que, a dimensão pedagógica se caracteriza nas práticas educativas que formam a cultura, que tem relação com a formação de uma ordem intelectual e moral, sob o contexto de uma classe subalterna, esta tem o papel de promover o processo de classe para si, ou seja, no conhecimento de sua consciência, superando a racionalização capitalista da produção e do trabalho, se opondo aos interesses dominantes.

Convém evidenciar que, a dimensão pedagógica da profissão se expressa no cotidiano do trabalho do(a) assistente social, constituindo-se como uma dimensão inerente à profissão, que contribui para a emancipação³⁶ das classes subalternas, uma vez que está vinculada ao projeto ético-político e a uma concepção de educação que serve à emancipação humana.

Segundo Abreu (2004), a função pedagógica do assistente social em suas diversidades é determinada pelos vínculos que a profissão estabelece com as classes sociais e se materializa, fundamentalmente, por meio dos efeitos da ação profissional em sua maneira de pensar e agir dos sujeitos envolvidos nos processos da prática.

Em concordância com as ideias do autor, Almeida *et al.* (2011) sublinha que, a dimensão política e pedagógica da ação profissional do(a) assistente social o(a) inscreve no âmbito dos processos de hegemonia, no estabelecimento de consensos necessários à reprodução do modo de vida próprio à sociedade do capital, mas a partir de condições objetivas, inscritas na dinâmica institucional sob a forma de serviços sociais.

A dimensão pedagógica do Serviço Social, alinhada ao projeto ético-político profissional, deve estar articulada aos processos de reflexão, identificação de demandas, formulação de estratégias, de maneira qualificada, propositiva e crítica, contribuindo para emancipação dos sujeitos envolvidos em suas ações.

A dimensão investigativa³⁷, por seu lado, constitui-se em articulação com a intervenção, com estratégias de aproximação do conhecimento e da realidade a partir

³⁶ Marx (2004) entende a emancipação na perspectiva da emancipação humana, cuja condição supõe a superação do capitalismo e das classes sociais antagônicas, enquanto condição central para o projeto de emancipação humana. De outro lado, ele não desprezou a necessária conquista de direitos civis, políticos e sociais no interior das sociedades capitalistas, o que, para ele, se traduziria numa emancipação parcial, limitada ao campo da emancipação política.

³⁷ De acordo com Guerra (2009), a dimensão investigativa é a dimensão do novo, já que ela questiona, problematiza, testa as hipóteses, permite revê-las, mexe com os preconceitos, estereótipos, crenças, superstições, supera a mera aparência, por questionar a 'positividade do real'. Permite construir novas

da singularidade, particularidade e universalidade, questionando, refletindo e problematizando, traçando estratégias possíveis para viabilizar os direitos dos(as) usuários(as). A investigação possibilita também uma ação distanciada do pragmatismo, onde o(a) profissional rompe com as práticas imediatistas, deixando de ser apenas um(a) executor(a) de ações, mas um(a) profissional que pensa, analisa, realiza questionamentos, se debruçando para além da aparência, do imediato.

Segundo Iamamoto (2000), o domínio teórico-metodológico só se completa e se atualiza ao ser frutificado pela história, pela pesquisa rigorosa das condições e relações sociais particulares em que se vive. Requer o acompanhamento da dinâmica dos processos sociais, como condição, inclusive, para a apreensão das problemáticas cotidianas que circunscrevem o exercício profissional.

Passando a expor as informações presentes nos relatórios referentes aos espaços sócio-ocupacionais campo empírico da pesquisa, na AVOSOS, constatou-se o(a) assistente social utiliza as dimensões constitutivas da profissão a partir de orientações no acolhimento inicial, com **entrevista social** com o(a) usuário(a) e sua família, para tanto utiliza-se a **ficha cadastral**. O setor é responsável por fazer **acompanhamento de caso social; estudo socioeconômico do(a) usuário(a);** encaminhamentos através da **ficha de encaminhamento** elaborada pelo(a) profissional; orientações sobre os direitos sociais; esclarecimentos sobre os serviços da instituição; orientações sobre o tratamento e os riscos de seu abandono; estabelecimento de canal aberto, claro e objetivo com a família e a equipe interdisciplinar da instituição; elaboração de relatórios e estatísticas mensais de atendimentos; distribuição de cestas de alimentos; pagamento de exames e consulta para outras especialidade médicas; solicitação e entrega de próteses mamárias, oculares e ortopédicas.

Os relatórios também descrevem que o(a) assistente social da AVOSOS possui carga horária de 30 horas semanais e também realiza **visitas domiciliares** com as seguintes atribuições: verificar as condições socioeconômicas das pessoas que compõem o núcleo familiar; investigar a situação do ambiente, no que diz respeito os cômodos, higiene, entre outros; identificar e orientar o principal cuidados; orientar a família e o(a) responsável quanto a higiene das pessoas em tratamento; providenciar

posturas visando a uma instrumentalidade de novo tipo, mais qualificada, o que equivale dizer que é eficiente, eficaz, competente e compromissada com os princípios da profissão.

medicamentos complementares e suplementação alimentar. Além das orientações e suporte em casos de óbitos.

No GACC, o(a) assistente social possui carga horária de 30 horas semanais, sendo responsável por todo o processo de cadastramento dos(as) usuários(as) que chegam até a instituição, através do preenchimento da **ficha cadastral**, durante a **entrevista social**. Entre as atividades dispostas no relatório dessa instituição estão: a apresentação e entrega do regimento interno da casa de apoio; orientações sobre os serviços ofertados pela instituição; apresentação dos setores e funcionários(as); encaminhamento para o(a) psicólogo(a) da instituição; retirada de documentos nos órgãos responsáveis, quando necessário; entrega de calendário anual de atividades institucionais; oferta de cestas básicas mensais; oferta de passagens quando o(a) usuário(a) necessita ir à casa de apoio.

No relatório também foi mencionado que o(a) assistente social conta com um transporte para realizar **visitas domiciliares** para as famílias de todo o Estado, que são realizadas todas as terças, juntamente com o(a) psicólogo(a), sendo registradas em uma ficha de visita domiciliar, a qual possui o **parecer** do(a) profissional após a realização da visita. Além disso, todas as quintas são realizadas **visitas hospitalares** juntamente com o(a) psicólogo(a), com o objetivo de identificar necessidades básicas enquanto as crianças e adolescentes estão internados(as). O(a) profissional também utiliza o **termo de doação** e **termo de empréstimo** para doação e empréstimo de objetos para os(as) cadastrados(as).

O(a) assistente social do GACC também é responsável por emitir um **relatório mensal** com informações quantitativas e qualitativas, e ao final de cada ano um **relatório geral** condensando as informações gerais. Durante o tratamento dos(as) usuários(as), o(a) profissional também complementa a **ficha de cadastro** com informações pertinentes ao tratamento, estando atenta às famílias que não comparecem aos projetos e programas institucionais. O setor de Serviço Social também participa diretamente dos projetos desenvolvidos pela instituição, a saber: Projeto Encontros, Projeto Lapidar e Projeto Aprender Brincando.

O(a) profissional é responsável pelo **acompanhamento das atividades**, relação de cestas básicas, relação de passagens, lanches para as crianças e adolescentes inseridos(as) nos projetos, verificação de frequências, realização de **reuniões mensais** com os(as) responsáveis pelos(as) usuários(as), articulação com os(as) voluntários(as) quando existe a necessidade de suporte. Sendo responsável

também pela **articulação de parcerias com outras instituições** para a oferta de cursos, com o objetivo de criar possibilidades para geração de renda e qualificação profissional.

Na pesquisa documental no espaço sócio-ocupacional AAACASE, as dimensões constitutivas da profissão são utilizadas pelo(a) assistente social a partir das orientações, com **entrevista social** com o(a) usuário(a) e sua família, para tanto utiliza-se o **formulário de cadastro** institucional, contendo as informações relevantes do(a) usuário(a). O(a) profissional possui a carga horária de 30 horas semanais e é responsável por fazer **estudo socioeconômico** do(a) usuário(a); orientações sobre os direitos sociais; esclarecimentos sobre os serviços da instituição; orientações sobre o tratamento, elaboração de **relatórios anuais**, distribuição de cestas básicas; liberação para compra de medicamentos, exames, consultas, muletas, cadeiras de rodas, entrega de sutiãs e próteses mamárias.

O(a) assistente social da AAACASE também realiza **visitas domiciliares** com as seguintes atribuições: verificar as condições socioeconômicas das pessoas que compõem o núcleo familiar, as informações são incluídas no formulário de cadastro do(a) beneficiário(a), assim como as informações pertinentes ao processo de tratamento. Outros instrumentos utilizados pelo(a) profissional são: **formulário de doação de prótese mamária**, **formulário de doação de cestas básicas**, **formulário de empréstimo**, **lista de medicamentos** que são ofertados anualmente. Além das orientações e suporte em casos de óbitos.

QUADRO 5:		
INSTRUMENTAIS UTILIZADOS PELAS INSTITUIÇÕES		
AVOSOS	GACC	AAACASE
Ficha cadastral	Ficha cadastral	Formulário de cadastro
Entrevista social	Entrevista social	Entrevista social
Acompanhamento de caso social	Visita domiciliar	Estudo socioeconômico
Estudo socioeconômico do usuário	Ficha de visita domiciliar	Relatório anual
Relatórios mensais	Parecer social	Visita domiciliar
Estatísticas de	Visitas hospitalares	Formulário de doação

atendimento		de prótese mamária
Ficha de encaminhamento	Relatório mensal	Formulário de doação de cestas básicas
Visita domiciliar	Relatório anual	Formulário de empréstimo
	Reuniões mensais	Lista de doação de medicamentos
	Termo de doação	
	Termo de empréstimo	

Fonte: Relatórios de estágios arquivados no DSS/UFS, Repositório online da UNIT e Pesquisa documental

Em vista dos instrumentais utilizados pelos(as) profissionais, conforme descrito na tabela, convém sintetizá-los a fim de explicitar a intencionalidade de cada um, como forma de mediação para a resolução das demandas dos(as) usuários(as) nas instituições. O primeiro instrumental, se configura como a **linguagem**³⁸, embora não esteja exposta na descrição dos instrumentais, ela é primordial para a efetivação das orientações. Através da linguagem o(a) assistente social estabelece relações e vínculos com os(as) usuários(as) das instituições. Além disso, a linguagem permite a compreensão sobre as informações fornecidas pelos(as) usuários(as).

A respeito da linguagem, Iamamoto e Carvalho (1998) apontam que a linguagem é o instrumento básico utilizado pelo(a) assistente social em sua ação. É por meio dela que o(a) profissional realiza ações de cunho socioeducativo ou socializadora, voltadas para mudança na maneira de ser, de sentir, de ver e agir dos sujeitos.

Concomitante ao uso da linguagem, convém enfatizar o **acolhimento**³⁹, este que ocorre como o contato inicial entre o(a) assistente social e os(as) usuários(as), sendo relevante para que o(a) usuário(a) possa expor seus problemas, além de contar

³⁸ A linguagem é tão antiga quanto a consciência – a linguagem é a consciência real, prática, que existe também para outros homens, que existe, portanto, também primeiro para mim mesmo e, exatamente como a consciência, a linguagem só aparece com a carência, com a necessidade dos intercâmbios com os outros homens”, ou seja, “[...] a consciência da necessidade de entrar em relação com os indivíduos que o cercam marca, para o homem, o começo da consciência do fato de que, afinal, ele vive em sociedade” (Marx; Engels, 1998, p. 24-5).

³⁹ O acolhimento “pode ser considerado como uma atitude de receber, integrar, incluir. As atividades que envolvem as pessoas perpassam por atitudes de acolher ou não. Isto vai depender da intenção entre acolhedor e acolhido” (Fonseca *et. al*, 2006, p. 28).

com uma escuta ativa e com a compreensão de um(a) profissional que tenha por objetivo a garantia dos seus direitos sociais.

Ao refletirem sobre o acolhimento, Silva Júnior e Mascarenhas (2006) sublinham que este pode ser pensado a partir de três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de orientação de serviços. Acerca do entendimento do acolhimento como uma postura, os autores ressaltam que este “pressupõe a atitude, por parte dos(as) profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os(as) usuários(as) e suas demandas. É estabelecida, assim, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre profissionais e usuários” (Silva Júnior e Mascarenhas, 2006, p. 243).

No que se refere à dimensão técnica, o acolhimento “instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Tais ações facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação de risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas nos problemas demandados” (Silva Júnior e Mascarenhas, 2005, p. 245). Nesta dimensão, os autores destacam o trabalho multiprofissional e a possibilidade do enriquecimento da intervenção pela incorporação de novos(as) agentes. No que tange o acolhimento como princípio de orientação de serviços, sugerem que o acolhimento possui uma proposta que faz parte de um projeto institucional, que dá a direção do trabalho realizado, e este fator aponta para uma modificação do processo de trabalho e das necessidades de saúde.

Nesse sentido, o acolhimento nas Organizações da Sociedade Civil faz parte do processo de intervenção profissional, e não se limita em apenas receber os(as) usuários(as) dos serviços, mas existe um processo intrínseco nesta ação. Isto porque, envolve mediações, uma escuta qualificada, valorizando as demandas apresentadas pelos(as) usuários(as) que procuram os serviços oferecidos, além da identificação do problema no âmbito individual e coletivo.

Outro instrumental utilizado é a **entrevista social**, a qual serve como subsídio para os(as) assistentes sociais traçar o perfil dos(as) usuários(as), abordando a história de vida, a situação econômica, o contexto familiar e a renda. Além da apreensão das relações sociais, os obstáculos enfrentados por eles(as), os fatores de risco para o adoecimento e a compreensão do(a) usuário(a) no contexto saúde-doença. Como desdobramento da entrevista, tem-se as orientações e o encaminhamento dos(as) usuários(as) para outros serviços.

Silva (2000) conceitua que, a entrevista social representa o contato do(a)

usuário(a) com a instituição e a possibilidade de ser ouvido e atendido em suas necessidades. Este instrumento deve ter um caráter educativo, a partir do desencadeamento de um processo reflexivo, onde novas informações possam vir à tona, sendo espaço de conhecimento mútuo, ampliação da consciência e das questões do cotidiano.

Não obstante, um instrumento imprescindível nas instituições é a **visita domiciliar**, a qual é utilizada com o intuito de compreender as condições e o cotidiano da vida do(a) usuário(a). Pitarello (1999), destaca que a Visita Domiciliar deve ser utilizada em algumas situações para adquirir maiores conhecimentos sobre a realidade de um determinado usuário, família ou comunidade. É um recurso para complementar informações, aprofundar relações de confiança ou abrir determinadas negociações.

Outrossim, a entrevista também se constitui como um instrumento que corrobora para a concretização da dimensão investigativa da profissão. De acordo com os apontamentos de Guerra (2009a) a respeito da dimensão, a autora infere que:

Quando realizamos entrevistas, estamos exercitando a dimensão investigativa da profissão, por meio de informações extraídas diretamente da realidade, mas a sua preparação, em grande medida, dependeu de conhecimentos indiretos sobre vários temas que nos habilitaram a realizá-la. Na realização de estudo social, laudos, pareceres, buscamos informações nos documentos da instituição, na vizinhança e/ou no trabalho sobre algum sujeito social. Estes são momentos nos quais estamos exercitando nossa dimensão investigativa (Guerra, 2009a, p. 14).

Dessa forma, dentre as dimensões constitutivas da profissão, a dimensão investigativa também contribui para uma atuação mais crítica do(a) profissional, assegurando uma ação interventiva que apreende a realidade na visão de totalidade. Além disso, a investigação permite ao(a) profissional o desvencilhamento de práticas imediatizadas, logo que o estimula a conhecer a realidade do(a) usuário(a) partindo da aparência dos fatos, para a essência.

Os(as) assistentes sociais também fazem uso de outros instrumentos para a resolutividade de demandas cotidianas, a exemplo do **termo/formulário de empréstimo**, **termo/formulário de doação**, as **fichas cadastrais**, **fichas de encaminhamentos**, entre outros, com o intuito de documentar e registrar as demandas. Segundo Pitarello (2000), documentar não é uma atividade burocrática, e o ato de produzir documentos não se reduz ao manuseio técnico-operativo. A autora ressalta que quando produz ou deseja conhecer documentos se quer, na verdade,

juntar elementos, evidências, sinais que darão sustentação as ideias ou as ações realizadas, querendo ou precisando comunicar isto a outros interlocutores.

Os encaminhamentos possuem grande relevância para a atuação profissional, visto que tem a perspectiva de ampliar o acesso do(a) usuário(a) aos serviços da rede socioassistencial, de saúde e de previdência. Além disso, os encaminhamentos possuem um aspecto ético importante pois “trata-se do exercício da autoridade profissional que se responsabiliza pelo encaminhamento e não de uma forma de ‘livrar-se’ do(a) usuário(a) (Trindade, 2012, p. 80).

O **parecer social** também é utilizado na prática profissional do(a) assistente social, sendo este uma das atribuições privativas do(a) assistente social, constituindo-se como um meio para viabilização de direitos dos(as) usuários(as), tendo em vista a justiça social e a cidadania. O parecer social constitui-se de uma avaliação teórica e técnica realizada pelo(a) assistente social, emitindo uma opinião fundamentada a partir dos dados que foram coletados. De acordo com Miotto (2001), este instrumental tem a finalidade de conhecer, analisar e emitir um parecer sobre situações vistas como conflituosas ou problemáticas no âmbito dos litígios legais, visando subsidiar as decisões.

Os(as) assistentes sociais no cotidiano das Organizações da Sociedade Civil realizam frequentemente **reuniões**, estas que se constituem como espaços coletivos para reflexão sobre vários temas. Além disso, as reuniões também são utilizadas para comunicar tomadas de decisões e esclarecimentos sobre algum assunto, com o intuito de coletivizar as decisões.

Além das reuniões, são elaborados **relatórios** mensalmente e anualmente, o referido instrumento sintetiza as intervenções e atividades realizadas pelo setor de Serviço Social. De acordo com Sousa (2008), os relatórios sociais são os instrumentos privilegiados para a sistematização da prática do(a) assistente social. Os tipos de relatórios produzidos pelo(a) assistente social são tão iguais a quantidade de possibilidades de realizar diferentes atividades no campo de trabalho.

O **acompanhamento de caso** se configura como um conjunto de intervenções de forma contínua, o(a) assistente social acompanha os(as) usuários(as) cadastrados(as) na instituição durante todo o processo de tratamento, realizando intervenções para a superação das vulnerabilidades identificadas, sendo estas informações registradas nas fichas cadastrais dos(as) usuários(as).

O **estudo socioeconômico** consiste na apropriação dos(as) assistentes

sociais sobre a estrutura das relações sociais, bem como a dinâmica familiar dos(as) usuários(as), as condições de moradia, entre outros. Em consonância com Mito (2009), a partir do estudo socioeconômico/estudo social, apreende o conhecimento da estrutura de relações das famílias, o qual permite chegar a um outro ponto importante, que é o entendimento de como as famílias se organizam para a satisfação das necessidades de seus membros ou para a provisão de bem-estar. Para tanto é necessário entender como as famílias dispõem de seus próprios recursos (o trabalho, o afeto) e de outros advindos da rede social primária, da rede social secundária (instituições, associações) e direitos sociais assegurados.

Convém inferir que, no processo do estudo socioeconômico / estudo social, os(as) assistentes sociais das instituições executam a dimensão investigativa, na medida em que realizam visitas na perspectiva de analisar a realidade do(a) usuária(a) com maior profundidade. Mito (2009) complementa que, para realizar o estudo social, é necessário aproximar-se da realidade social dos sujeitos demandantes da ação para poder compreender precisamente sua situação e poder analisá-la, avaliá-la ou emitir um parecer sobre ela.

Nota-se que assim como em outros campos sócio-ocupacionais, os instrumentos e técnicas utilizados pelos(as) profissionais nas instituições de atendimento as pessoas com câncer que foram campo empírico desta pesquisa, são dotados de intencionalidades. Ao utilizá-los, o(a) assistente social consegue dar suporte para as necessidades dos(as) usuários(as) que chegam às instituições, visando a garantia do direito de um tratamento de qualidade. De acordo com Medeiros (2013):

Compreende-se que a Instrumentalidade está contida na postura teleológica, na intencionalidade do sujeito que trabalha, pois a partir dela o homem pode manusear e transformar objetos naturais em coisas úteis, com o objetivo de criar meios e instrumentos para atingir suas finalidades (Medeiros, 2013, p. 135).

Evidencia-se que a escolha dos instrumentais deve estar articulada com a intencionalidade profissional ancorada nos valores do Projeto Ético-Político profissional, haja vista a instrumentalidade constitui-se para a profissão como meio para atingir as finalidades, servindo como um referencial que fornece subsídios e potencializa as mediações dos(as) profissionais. Em vista disso, nota-se que, os

instrumentais utilizados no cotidiano profissional precisam estar articulados com as dimensões constitutivas da profissão, para que os(as) profissionais se abstenham de práticas imediatistas e burocratizadas, que tornam a prática profissional em uma mera operacionalização das exigências institucionais.

Em suma, Duarte (2007) retrata que, a profissão de Serviço Social é resultado da dinâmica da sociedade capitalista sendo imbricada pelas contradições e transformações sócio-históricas do tempo presente. Por isso a necessidade de compreender a sociabilidade do capital na sua totalidade, verificando as mediações que reconstituem suas relações sociais e materiais e desdobramentos para a profissão.

Duarte (2007) nos leva a compreender ainda que:

É importante considerar que a luta contra o conservadorismo no Serviço Social, a viabilidade do Projeto Ético-Político e a garantia de uma direção social coerente com o projeto societário das classes subalternas se expressam em um processo travado na singularidade do exercício profissional, entendida na relação dialética e contraditória com a dimensão da totalidade histórica. Então, num contexto de reestruturação do capital, as condições de trabalho e as demandas profissionais (im)postas assumem um papel fundamental na materialização de uma direção ética e política afinada com o projeto profissional (Duarte, 2007, p. 15).

Tendo em vista estes argumentos, observa-se a partir das análises realizadas que as Organizações da Sociedade Civil que foram objeto de estudo da presente pesquisa, utilizam os projetos⁴⁰, serviços e programas conforme exposto no tópico 3.3,

⁴⁰ Na AACASE constituem-se projetos, serviços e programas voltados para o(a) usuário(a): projeto AACASE em beleza, projeto danças e ritmos, serviço de fisioterapia, projeto AACASE em canto, projeto amigas da mama, projeto dança e ritmos. Para a família: Auxílio para as famílias, projeto cuidando do cuidador. Para a comunidade: carreta da mama, valorizando vidas.

Na AVOSOS verificou-se como projetos, serviços e programas voltados para o(a) usuário(a): Promoção e prevenção da saúde bucal, projeto colorindo a vida, serviço de apoio ao tratamento hospitalar e ambulatorial, serviço de nutrição, serviço de fisioterapia, assistência jurídica. Para a família: Programa Aconchego, projeto casinha feliz. Para a comunidade: projeto mensageiros do amor.

No que diz respeito aos projetos, serviços e programas ofertados pelo GACC para os(as) usuários(as): Projeto aprender brincando, projeto padrinhos mágicos, projeto crianças e lazer, serviço de odontologia, projeto é pique, projeto esperança de futuro, projeto dodói, serviço de nutrição, programa GACC Saúde.

para dar respostas as necessidades de saúde dos(as) usuários(as), buscando atender também sua família e a comunidade (no sentido de prevenção e ações de diagnóstico precoce da doença), ainda que de forma pontual e focalizada.

Nesse contexto, convém evidenciar uma semelhança dos projetos, serviços e programas das instituições com a prática do serviço social de caso⁴¹, grupo⁴² e comunidade⁴³, executado na vertente funcionalista. Os quais, comparando aos projetos, programas e serviços voltados para os(as) usuários das Organizações da Sociedade Civil, tem-se: a centralidade no usuário, na perspectiva da oferta de orientações e o atendimento das demandas pontuais (serviço social de caso); práticas que visam integrar ou adaptar os(as) usuários(as) ao meio social, no sentido de incluí-los(as) na sociedade, seja através de ações de socialização com as famílias, como forma de enfrentarem o tratamento de câncer através da troca de experiências (serviço social de grupo) e; ações voltadas para o desenvolvimento e a cooperação na comunidade, com ações de prevenção e campanhas (serviço social de comunidade).

Sob essa ótica, o(a) assistente social enquanto trabalhador(a) assalariado(a) que precisa seguir os requisitos institucionais, também tem seu direcionamento voltado para as atividades institucionais de maneira fragmentada e, portanto, atuando com uma prática funcionalista. Posto que, para a ultrapassagem de uma prática pontual e imediatista torna-se necessário um trabalho voltado para o coletivo, comprometido não somente com aquele(a) usuário(a) que chega à instituição e que está lutando pela vida, mas também em envolver toda a sociedade, realizando articulação para enfrentamento e participação política na luta dos direitos das pessoas

Para a família: Projeto acolher, projeto encontros, projeto cultivando vidas, serviço de psicologia, projeto lapidar, projeto superação, projeto cheque social, programa arte e vida. Para a comunidade: Projeto o amor é contagioso, projeto estrela guia, programa de diagnóstico precoce.

⁴¹ O Serviço Social de Casos caracteriza-se pelo objetivo de fornecer serviços básicos práticos e de aconselhamento, de tal modo que seja desenvolvida a capacidade psicológica do cliente e seja levado a utilizar-se dos serviços existentes para atender a seus problemas (Hamilton, 1958, p. 38).

⁴² É um método de prestação de serviços a pessoas, através do oferecimento da experiência em grupos. O desenvolvimento da pessoa na direção desse potencial individual, a melhoria das relações e das competências do funcionamento social, e a ação social, são reconhecidamente os objetivos do trabalho social de grupo (Konopka, 1964, p. 99)

⁴³ O processo do Serviço Social com Comunidades se caracteriza pelo desenvolvimento social dos indivíduos e sua orientação pela promoção das relações eficientes e úteis entre eles em busca de um desenvolvimento equilibrado e harmonioso (Andrade *apud* Johns; De Marche, 2008, p. 285).

com câncer.

Portanto, para a ultrapassagem da prática marcada pela visão funcionalista, rotineira e burocrática, mesmo atuando em uma Organização da Sociedade Civil tendente à filantropia social, mas viabilizando o direito à dignidade da pessoa humana e a vida de mulheres e crianças interioranas, historicamente excluídas da sociedade. Torna-se imprescindível abster-se de práticas imediatistas, buscando transcender a aparência da realidade apresentada e considerando o contexto sócio-histórico. Além de direcionamento crítico e articulação coletiva em defesa dos direitos dos(as) usuários(as), de modo que ultrapasse os requisitos institucionais.

4 ANÁLISES HISTÓRICO-DIALÉTICAS DO TRABALHO PROFISSIONAL: determinações, contradições e mediações

4.1 Trabalho do serviço social na contemporaneidade: ultrapassando o conservadorismo, imediatismo e o fatalismo

O conservadorismo configura-se como um instrumento do sistema capitalista para manter seu desenvolvimento e a reprodução de sua lógica. Não obstante, no conservadorismo são reivindicados modos de vida provenientes de culturas passadas, as quais antecedem o capitalismo, mas que vigoram no presente de maneira reatualizada segundo a ideologia do neoliberalismo. Ou seja, o conservadorismo é um movimento contrário aos avanços da modernidade, a fim de manter e conservar a estrutura dominante, constituindo-se como uma lógica funcional ao sistema capitalista.

Esses aspectos refletem no trato da questão social na contemporaneidade, no qual nota-se duas concepções, uma que compreende as expressões da questão social de maneira crítica, como resultado das transformações societárias, expressando-se como respaldo da luta de classes. E, a outra concepção, na qual a questão social é compreendida numa perspectiva conservadora, onde se busca naturalizá-la e desestoricizando a partir de concepções ideológicas, que se legitimam traduzindo os valores do modo de ser burguês.

Com a predominância do conservadorismo na contemporaneidade, observa-se a tendência à “refilantropização social”. Onde o(a) assistente social é requisitado(a) pelas Organizações da Sociedade Civil, todavia, na perspectiva conservadora, sob o discurso da solidariedade social, no bojo do poder político-econômico do neoliberalismo, cujas estruturas reproduzem a lógica de dominação inerente ao papel do Estado e da classe dominante em uma sociedade estruturada pela luta de classes.

Nesse contexto, para ultrapassar as abordagens conservadoras, imediatistas e individualistas é necessário reconhecer a vinculação do conservadorismo, na gênese da profissão, com um olhar crítico da realidade, além de conhecimentos e direção política consistente, conforme o entendimento de Martinelli (2001):

Somos profissionais cuja prática está direcionada para fazer enfrentamentos críticos da realidade, portanto, precisamos de uma sólida base de conhecimentos, aliada a uma direção política

consistente que nos possibilite desvendar adequadamente as tramas conjunturais, as forças sociais em presença. É neste espaço de interação entre estrutura, conjuntura e cotidiano que nossa prática se realiza (Martinelli, 2001, p. 14).

Contudo, os(as) profissionais de Serviço Social são requisitados(as) para intervir na realidade social dos(as) usuários(as) por meio de práticas interdisciplinares, pautadas em um horizonte ético, visando à qualidade do tratamento dos(as) mesmos(as). Vale ressaltar, que na maioria das vezes, são convocados(as) a atuarem com sujeitos que apresentam necessidades, os quais veem nas instituições de apoio, em seus projetos e benefícios, respostas aos seus anseios imediatos. Identifica-se sob esse aspecto, que no decorrer dos atendimentos das demandas os(as) profissionais prendem-se a multiplicidade das atividades emergenciais cotidianas e, conseqüentemente, acabam exercendo uma prática com traços imediatistas, que apreende a realidade pela sua aparência.

Conforme Pontes (1995), para superar o imediatismo e a mera “demanda institucional” que aprisionam o Serviço Social, o(a) profissional deve se apropriar do conjunto de mediações do real, nas suas palavras:

Os sistemas de mediação articulam o ser da profissão na dinâmica social vão - se estruturando histórica e processualmente. Ficam submersos na imediatez da forma de aparecer da profissão na sociedade, e particularmente nas instituições. Em face disto, se deseja uma real aproximação ao conhecimento do objeto de intervenção da profissão, necessário se faz empreender uma verdadeira caça às mediações que se articulam na intimidade do tecido sócio-institucional. Sem apreensão dos sistemas de mediações, torna-se impossível uma melhor definição teórico-metodológica para o fazer profissional, que pode, neste caso, descambar para ações que necessariamente se restringirão aos limites da demanda institucional (Pontes, 1995, p. 172).

Tendo em vista esse apontamento, faz-se necessário retornar a análise de Mézáros (2002), no que concerne ao que ele chama de mediações de segunda ordem, como maneira de compreender de forma mais clara a prática profissional do(a) assistente social nas Organizações da Sociedade Civil. De acordo com o autor, as mediações estão conformadas por expressões da vida social mistificadas, que ademais são espaço concreto onde se efetua a reprodução social da ordem capitalista. As mediações, na perspectiva de análise do autor, existem pelos sujeitos e pelo conhecimento, mas também apesar deles e independentemente deles, constituindo-se em formas históricas que metamorfoseadas pelo movimento do

capital, tornam-se base de sustentação do sistema capitalista, tanto na sua forma ideológica, quanto política.

Nesse viés, compreende-se o Serviço Social como uma profissão instrumental aos interesses do sistema capitalista, funcionando como objeto onde as mediações realizadas contribuem para manter a ordem e a reprodução do capital. Convém aqui mencionar o papel dos(as) assistentes sociais descrito por Harvey na conjuntura do fordismo, onde os(as) profissionais contribuíram para a produção de valor, bem como aquelas relativas a moradia e subsistência nas cidades.

A respeito disso, Valência (2019) enfatiza que a captura teórica da realidade onde a profissão se insere, não elimina e nem muda de forma alguma as “mediações de segunda ordem”, também não torna as “mediações primárias” parte de seu entendimento da realidade social visando a ter em vista tendências e contra - tendências. É nesse sentido que se torna fundamental conhecer as mediações para entender criticamente tanto a realidade que o(a) profissional enfrenta, quanto a prática profissional e sua inserção funcional na reprodução das relações sociais e no controle ideológico e legitimação da ordem, assim como sua instrumentalidade, seja para a reprodução social ou seja para a garantia de direitos.

Assim, espera-se do(a) assistente social, a compreensão da rotina institucional para que, a partir da realidade profissional, tendências possam ser identificadas, bem como possíveis encaminhamentos que atendam às necessidades dos(as) usuários(as). Sob esse viés, torna-se imprescindível a ultrapassagem das práticas imediatistas, conforme assinalado por Coelho (2008) a superação da imedaticidade ocorre no plano do pensamento, por meio da apropriação de um instrumental teórico-metodológico capaz de desvelar a realidade em sua essência, de apreender o movimento do real em suas múltiplas mediações. Coelho (2008) revela ainda que:

As possibilidades de superação dessa lógica encontram-se na capacidade teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa dos assistentes sociais em descortinarem as mediações e as contradições constitutivas do real. Para tanto, faz-se necessário cultivar, permanentemente, a atitude crítica e vigilante que jamais deve perder de vista as condições reais de vida da classe trabalhadora (Coelho, 2008, p. 328).

Compreender a realidade nem sempre é fácil, conforme os apontamentos de Iamamoto (2000), um dos maiores desafios que o(a) assistente social vive no presente

é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um(a) profissional propositivo(a) e não só executivo(a). Exige fundamentação teórica coerente e apropriação das habilidades investigativas

Além disso, ser um(a) profissional interventivo(a) e investigativo(a), já que para intervir é necessário investigar, neste viés, as dimensões investigativa e interventiva devem ser estabelecidas de acordo com o assinalado pela Abepss (1996): “como princípios formativos e condição central da formação profissional e da relação teoria e realidade” (Abepss, 1996, p. 6), defendendo, portanto, a unidade entre o pensar e o agir.

Nesse sentido, a dimensão investigativa não se constitui somente como uma postura profissional, mas também integra as competências e as atribuições profissionais do(a) assistente social. Segundo Guerra (2009):

A investigação é inerente à natureza de grande parte das competências profissionais: compreender o significado social da profissão e de seu desenvolvimento histórico, identificar as demandas presentes na sociedade, realizar pesquisas que subsidiem a formulação de políticas e ações profissionais, realizar visitas, perícias técnicas, laudos, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social, identificar recursos. Essas competências referem-se diretamente ao ato de investigar, de modo que, de postura a ser construída pela via da formação e capacitação profissional permanente (cuja importância é inquestionável), a investigação para o Serviço Social ganha o estatuto de elemento constitutivo da própria intervenção profissional (Guerra, 2009, p. 172).

Isso significa dizer que ao investigar, sistematizar e produzir dados comprometidos com a realidade e com o projeto ético-político profissional, o(a) assistente social traz objetividade para a sua prática profissional. Isto é, ele(a) passa a construir, junto à instituição de modo geral, estratégias de aproximação do conhecimento e da realidade, questionando, refletindo e problematizando, obtendo poder para viabilizar os direitos dos(as) usuários(as).

Lukács (1978) enfatiza a importância da investigação como elemento imprescindível para apreensão do ser social. Assim, “é preciso observar desde o início que Marx separa dois complexos: o ser social, que existe independentemente do fato de ser mais ou menos corretamente conhecido, e o método de sua apreensão ideal mais adequada possível” (Lukács, 1978, p. 121). Dessa forma, no método dialético, a

singularidade, a universalidade e a particularidade são categorias que constituem às dimensões do real, sendo fundamentais para a apreensão das determinações da realidade que se apresenta cotidianamente no trabalho profissional.

A respeito da tríade singular-universal-particular, Pontes (2002) infere que:

A universalidade que é o plano em que residem as grandes determinações e leis de uma dada formação social, mas que no plano da imediatez o que se nos aparece são os aspectos singulares da vida cotidiana [...] na singularidade as mediações estão ocultas ao sujeito cognoscente e tanto a gênese histórica, quanto sua estrutura social estão submersas na facticidade; as coisas parecem não se conectar e têm um sentido em si próprias. A dialética entre o universal e singular processa-se através da particularidade, que no dizer de Lukács é um campo de mediações. É neste campo de mediações que os fatos singulares se vitalizam com as grandes leis da universalidade, e a universalidade se embebe da realidade do singular (Pontes, 2002, p. 10).

Sob essa perspectiva, a particularidade configura-se como a mediação⁴⁴ entre a universalidade e singularidade, visto que esta última possui em sua essência a universalidade que só pode ser apreendida através da apreensão das particularidades. Conforme a observação de Pontes (1995):

No plano da realidade, o particular representa a mediação concreta entre os homens singulares e a sociedade: a particularidade da vida humana está eivada da singularidade dos 'fatos irrepetíveis' e saturada de universalidade, que é a legalidade que articula e impulsiona a totalidade social. [...] A particularidade é, em última análise, como bem exprime a plástica figura usada por Lukács -, um campo de mediações. É um espaço onde a legalidade universal se singulariza e a imediatez do singular se universaliza (Pontes, 1995, p. 86).

O(a) assistente social se defronta com inúmeras realidades, que se apresentam na singularidade da realidade daquele(a) usuário(a), na forma de problemáticas isoladas. No entanto, nas intervenções profissionais o(a) profissional realiza o atendimento das demandas institucionais que se apresentam nas formas de aparência, de forma imediata, se abstendo da apreensão da singularidade da

⁴⁴ A categoria mediação tanto possui a dimensão *ontológica* quanto *reflexiva*. É *ontológica* porque está presente em qualquer realidade independentemente do conhecimento do sujeito; é *reflexiva* porque a razão para ultrapassar o plano da imediatez (aparência) em busca da essência, necessita construir intelectualmente mediações para *reconstruir o próprio movimento do objeto* (Pontes, 2000, p.41).

realidade apresentada, como forma de ultrapassagem⁴⁵ da imediatividade, para atender as requisições profissionais.

De acordo com Pontes (1997, p.168) a demanda institucional aparece no intelecto do(a) profissional despida de mediações, parametrada por objetivos técnico-operativos, metas e uma dada forma de inserção espacial (bairro, município etc), programática (divisão por projetos ou áreas de ação) ou populacional (crianças, idosos, migrantes etc). Numa palavra, a demanda institucional aparece peitada à imediatividade, com um “fim em si mesmo”.

Nas intervenções profissionais torna-se imprescindível a utilização da singularidade como referência, respaldada nos dados apresentados na individualidade e subjetividade da demanda apresentada pelo(a) usuário(a). Isso implica para o(a) profissional compreender a correlação de forças e as determinações que estão imbricadas na realidade que foi dada, entendendo que na resolução das demandas, bem como para a ultrapassagem da imediatividade, cada caso é um caso, não podendo ser absorvidos pela imediatividade das demandas institucionais.

Pontes (1997) revela que é na superfície da singularidade que se expressa a prática profissional. No plano da imediatividade, as determinações e as mediações que dão sentido e concretude ao campo de intervenções profissionais, está subsumida a positividade dos fatos. Tomando, para efeito de configurar teoricamente a emergência das demandas socioprofissionais, o traço predominante nos campos requisitantes da ação profissional do(a) assistente social, a subalternidade técnica e política, ficando as determinações ocultas por relações típicas das relações cotidianas da burocracia institucional.

No que concerne à particularidade nas mediações das demandas profissionais, ela propicia ao(a) assistente social o desvelamento da universalidade, esta que se apresenta como uma realidade comum dos segmentos sociais, de forma generalizada. Em outras palavras, uma demanda configurada no plano da particularidade, como um problema individual, mediatiza-se pelas determinações societárias e históricas, e a apreensão dessa complexidade da realidade possibilita a superação da imediatividade, além de propiciar ao(a) profissional uma visão ampla

⁴⁵ De acordo com Pontes (1997, p.168) a ultrapassagem da demanda aparente para re-construção das legítimas demandas sócio-profissionais implica um necessário trabalho negativo da razão que, em face das “certezas” da imediatividade do projeto institucional, passa a impor um movimento de mediatização das evidências empíricas postas na superfície das relações sociais presentes no campo de trabalho do(a) assistente social.

sobre a realidade social, a qual incide a intervenção profissional.

Em consonância com Pontes (1997, p. 179), a particularidade constitui-se na forma de superação da heterogeneidade. E a particularidade é um campo de mediações. Ora, se o(a) assistente social atua junto ao cotidiano dos grupos excluídos da participação social nos bens e serviços produzidos na sociedade, e a suspensão do mesmo só se torna possível através da sua mediatização pelos processos homogeneizantes, este(a) profissional não é um(a) mero(a) “mediador(a)”, mas um(a) agente que trabalha com e nas mediações.

No que diz respeito a universalidade, o(a) assistente social necessita de uma intervenção que ultrapasse o nível abstrato da singularidade e se aproxime da particularidade, para que se aproxime das determinações que influenciam no ser social, tais como as relações sociais, relação capital-trabalho, relação estado-sociedade, políticas sociais, entre outras. Isto é, absorver no cotidiano das intervenções as interferências e determinações que estão postas na universalidade das demandas trazidas pelos(as) usuários(as), utilizando para isso, a singularidade e particularidade para apreensão da totalidade complexa de cada caso.

Em concordância com os apontamentos de Pontes (1997):

a intervenção nesse sentido dar-se-á buscando criar desdobramentos que não permitam à ação mesma esgotar-se num “sim” ou “não” institucionalizado para o “cliente”. O trabalho com as mediações e nas mediações, conduz a compreensão de que este movimento de desingularização, universalizador, deve caminhar no sentido da particularização daquelas situações problemáticas. Esta particularização garante a dimensão insuprimível da singularidade e a necessária visão da totalidade social (universalidade), possibilitando ao agente garantir, em tese, tanto as respostas tecnicamente necessárias no plano do imediato (garantindo o acesso aos serviços sociais) quanto desdobramentos mais mediatos no plano da conscientização mútua (profissional e usuário-cidadão) e da organização dos segmentos excluídos (Pontes, 1997, p. 181).

Em vista da análise ora apresentada, evidencia-se o desafio para o(a) assistente social de ultrapassar a imediatividade no cotidiano profissional, aprofundando o conhecimento da realidade onde a profissão está inserida e onde as mediações faz-se necessárias. Dessa forma, é indiscutível a necessidade de debruçar-se sobre a realidade que se apresentam cotidianamente, com a finalidade de apreendê-la como totalidade através das mediações, possibilitando a passagem do imediato para o mediato.

A apreensão das dimensões, a partir das mediações, compreendendo a tríade singularidade-particularidade-universalidade, possibilita aos(as) profissionais de Serviço Social uma intervenção crítica e reflexiva, bem como evita uma atuação conservadora. Outrossim, destaca-se a necessidade de formação continuada enquanto maneira de obter acúmulo teórico para o processo de mediação, o qual contribui para a superação da imediatividade, bem como o rompimento com práticas conservadoras (politicamente funcionalista e moralmente conservadoras: sexistas, racistas, classistas, homofóbicas nos âmbitos das relações sociais, dos homens entre si).

Somam-se a esses fatores, as condições concretas de trabalho as quais o(a) assistente social se defronta, bem como as possibilidades de enfrentamento da precarização do trabalho e desmonte das políticas sociais, para que o caráter da profissão não seja meramente instrumental e, para tanto, ainda demanda fiscalização e ações de enfrentamento por parte dos órgãos representativos da categoria profissional, mais especificamente, o Conjunto CFESS-CRESS.

Assim, a prática do trabalho do(a) assistente social nas Organizações da Sociedade Civil para a organização política dos segmentos excluídos, deve ser direcionada para a articulação coletiva, ultrapassando as demandas pontuais e emergenciais (estas que acabam sendo inevitáveis no cotidiano), pautado pelo projeto da profissão, que preconiza o compromisso do Serviço Social no fortalecimento das lutas das classes subalternas.

Foi possível constatar nessa pesquisa, que a superação dos problemas sociais decorrentes da dominação e exploração, somente é alcançável a partir da superação do sistema vigente. Além disso, a exclusão social expressa na dificuldade de acesso à saúde, à educação, à alimentação, à moradia digna e aos demais direitos sociais, é compreendida como se não existisse caminhos para superá-la.

Não obstante, constatou-se também que a dimensão pedagógica ou de formação política, para ação dos sujeitos em coletividade é ofertada apenas para a resolutividade do problema pontual do(a) usuário(a), na forma de orientações. Isto é, ocorre no sentido do aparente, os(as) profissionais destas instituições não ultrapassam as demandas institucionais, evidenciando-se a falta de articulação e ampliação da luta pelas melhorias do sistema de saúde e, sobretudo, pelo acesso a um tratamento de qualidade junto ao segmento dos grupos excluídos, bem como com a sociedade.

4.2 Diferentes respostas às expressões da questão social: interesses de grupos médicos em torno da questão do câncer no Brasil

É notável a existência de três lógicas no trato à questão social: aquela que é direito do(a) cidadão(ã) e dever do Estado em garanti-la; a lógica mercantilista, que se configura com a venda de produtos e serviços pelo setor empresarial; e a lógica da filantropia, ofertada pelas instituições do terceiro setor com uma pluralidade de discursos atrelados à solidariedade e a cidadania, através de pautas pontuais e na humanização dos atendimentos e necessidades sociais.

A política de cooperação praticada pelo terceiro setor, este que está inserido no neoliberalismo (e com isso está atrelado aos pressupostos do Estado), se baseia na premissa de que a sociedade é harmônica, e a partir da integração entre os setores econômico, político e Organizações da Sociedade Civil torna-se possível criar condições para a superação dos problemas sociais que atingem a sociedade, sobretudo, os(as) mais vulneráveis.

Salamon (1997) diferencia a concepção de terceiro setor como ideia, como realidade e como ideologia. O autor sublinha que embora o terceiro setor represente uma área de maior alcance interdisciplinar e que se encontre em um momento tão “favorável” para reflexões e proposições, nada do que se refere a ele pode ser considerado como definitivo e acabado. A partir destas três concepções Salamon (1997) aponta que:

I **O terceiro setor como ideia.** Esta concepção coloca a importância do terceiro setor como depositário de valores tão caros à teoria social contemporânea como o valor da solidariedade, da responsabilidade e da ética, que, embora também se manifestem em outros domínios, alcançam no terceiro setor sua plenitude.

II **O terceiro setor como realidade.** Para além do domínio dos valores e ideias, o terceiro setor encarna uma rede de instituições sociais concretas que, representam uma força econômica significativa, que contribui na provisão de importantes serviços humanos, mas que, curiosamente tem se mantido do anonimato, sem muita visibilidade.

III **O terceiro setor como ideologia.** Esta face do “terceiro setor” é aquela mais resistente às abordagens críticas, uma vez que esta, há muito tempo, se “materializou” na mente de muitas pessoas, substituindo as outras duas concepções. Alguns mitos criados em torno do “terceiro setor” contribuíram no processo de ideologização, entre eles o mito da insignificância ou incompetência, o mito do voluntarismo, o mito da virtude pura e o mito da Imaculada Conceição. Em torno destes é que tem se desenvolvido os principais estudos sobre o terceiro setor (Salamon, 1997, p. 91).

Levando em consideração as análises acima mencionadas, destaca-se que na contemporaneidade as entidades do terceiro setor surgem com a perspectiva de promover a oferta de serviços de modo complementar aos serviços públicos que deveriam ser realizados pelo Estado, se este cumprisse o dever de garantir os direitos sociais previstos na constituição, dentre eles o direito à vida e, a dignidade da pessoa humana. Surgindo, nesse contexto, a necessidade das parcerias público-privada, onde não se deve demonizar o trabalho das Organizações da Sociedade Civil, visto que estas atendem os grupos excluídos.

No caso específico das instituições que foram campo empírico desta pesquisa, elas alcançam as pessoas que não tem o direito de um tratamento de qualidade atendido, que por morarem distantes da capital, somada a falta de condições socioeconômicas, necessitam de apoio para a continuidade do tratamento. Sendo este apoio ofertado pelas instituições que atuam em parceria com o Estado, porém, deve-se ressaltar que esta não deveria ser a regra.

De acordo com Iamamoto (2001), o enfrentamento da questão social tem sido tensionado por distintos projetos societários na definição da estruturação e implantação das políticas públicas, que convivem em lutas no seu interior. A autora enfatiza três projetos em disputa:

- a) O projeto de caráter universal e democrático, orientado pela Constituição de 1988, fundado nos princípios da participação social e controle social.
- b) O projeto de inspiração neoliberal, que visa subordinar os direitos sociais à lógica do orçamento, alegando “crise fiscal”, subvertendo o preceito constitucional à disponibilidade dos recursos.
- c) O projeto vinculado ao terceiro setor, um desdobramento da proposta neoliberal, que expressa uma dupla via: transferência de responsabilidade governamental para ONGs e mercantilização do atendimento às necessidades sociais, evidente no campo da saúde, da educação, entre muitos outros.

Embora a saúde e assistência social tenham sido reconhecidas como direitos sociais e dever do Estado em garanti-las, a oferta de serviços nessas áreas tem ido de encontro com o que preconiza as legislações. Embora no âmbito das Organizações da Sociedade Civil a oferta de serviços ocorra em parceria com o Estado, observa-se um caráter filantrópico, permeado pelo discurso da solidariedade e benevolência, e não na perspectiva de direito.

Conforme ressalta Yazbek (2001), atualmente vivemos um movimento de refilantropização, que visa à substituição da lógica da cidadania, tendo como base o não reconhecimento dos direitos sociais historicamente conquistados, pois está alicerçada num discurso humanitário da solidariedade e da filantropia, alavancado por uma moralidade de ajuda aos(as) necessitados(as).

Em complementariedade com as ideias acima, Montañó (1999) reflete que o trato da questão social contido no projeto neoliberal significa a coexistência de diferentes tipos de respostas. O autor aponta que:

Por um lado a precarização da seguridade e das políticas sociais estatais. Significa a manutenção destas políticas sociais e assistenciais, fornecidas gratuitamente pelo Estado, num nível marginal. Por outro lado, a privatização da seguridade e das políticas sociais e assistenciais, seguindo dois caminhos: a remercantilização dos serviços sociais. Estes [...] são transformados em serviços mercantis, em mercadorias, sendo transpassados para o mercado e vendidos ao consumidor como uma nova forma de apropriação da mais valia do trabalhador e a refilantropização das respostas à “questão social”. Na medida em que amplos setores da população ficarão descobertos pela assistência estatal (precária e focalizada) e também não terão condições de acesso aos serviços privados (caros) transfere-se para a órbita da sociedade civil a iniciativa de assisti-la mediante práticas filantrópicas e caritativas. É neste espaço associativista que surge o chamado “terceiro setor” atendendo a população excluída ou parcialmente integrada (Montañó, 1999, p. 65-66)

É nesse contexto de minimização do Estado frente a questão social que as Organizações da Sociedade Civil passam a intervir, constituindo-se também como um espaço sócio-ocupacional para o(a) assistente social. Desse modo, demandas, atribuições e desafios se reapresentam para o Serviço Social numa perspectiva de refilantropização, o qual está totalmente imerso nessa dinâmica de acumulação capitalista, frente a desresponsabilização do Estado para o social.

Sob essa ótica, ao mesmo tempo em que a refilantropização das expressões da questão social coloca espaços de trabalho para assistentes sociais no terceiro setor, também se torna um cenário desafiador⁴⁶, visto que atua na minimização das expressões da questão social através de intervenções fragmentadas e focalizadas.

Conforme apontado por Carneiro (2008, p. 66), considerando-se serem as políticas sociais a base de sustentação funcional do Serviço Social, suporte material

⁴⁶ Carneiro (2008, p.70) aponta que são novas relações constituídas e determinadas por uma nova cultura de trabalho e pelo redesenho de um Estado neoliberal que afetam diretamente a vida do trabalhador, como também a implementação das políticas sociais, e reconstituem mediações que se traduzem nas condições (objetivas e subjetivas) e nas relações de trabalho do exercício profissional dos assistentes sociais, determinando efetivamente suas respostas profissionais quando inseridos em diferentes processos de trabalho nas instituições que conformam o denominado terceiro setor.

privilegiado da ação profissional, se estas são modificadas, no atual contexto socioeconômico e político pode-se concluir que a profissão tende a sofrer transformações relevantes no que se refere a sua demanda, campo de atuação, vínculo empregatício, tempo de trabalho, salário e outros, tendo em vista que esse mercado aberto no terceiro setor não tem compensado a retração do mercado na órbita do Estado.

Conforme descrito na seção 3, somam-se a esses aspectos a polivalência profissional, que desconfigura as funções exercidas pelo(a) profissional. Além disso, enfatiza-se que a prática profissional desenvolvida nos espaços sócio-ocupacionais tem se concretizado numa perspectiva doutrinadora e mediadora, através de práticas administrativas de benefícios sociais, orientações, coordenação de projetos pontuais, os quais alteram as atribuições e papéis dos(as) assistentes sociais inseridos nesses espaços.

A política social enquanto mecanismo de intervenção do Estado, constitui-se de um espaço privilegiado para a intervenção profissional e, conseqüentemente, como mercado de trabalho para o(a) assistente social, atribuindo-lhe legitimidade. Todavia, a destituição de direitos sociais como respaldo dos recortes das políticas sociais e a política reformista do Estado, com transferências dos serviços para o terceiro setor, traz como implicações para o trabalho profissional. Posto que, nesses espaços sócio-ocupacionais a política da assistência social⁴⁷ vem sendo substituída pela filantropia.

Em consonância com a afirmação de Montañó (2002), a descentralização administrativa, a privatização e a transferência das respostas às sequelas da questão social para o terceiro setor, tem repercutido negativamente na profissão, contribuindo para o aumento tendencial do nível de desemprego profissional, para uma maior precarização das condições de trabalho e para o agravamento das condições de emprego/subemprego.

Para o trabalho do(a) assistente social a refilantropização⁴⁸ reflete de forma

⁴⁷ Convém ressaltar que as Organizações da Sociedade Civil que foram campo empírico desta pesquisa, ainda que ofertem serviços, projetos e programas na área da saúde, são inscritas também no Conselho Estadual de Assistência Social. Isso porque, os serviços ofertados também buscam garantir a assistência social para os(as) usuários atendidos, com a finalidade de amenizar os impactos da desproteção social que é intensificada no processo de tratamento do câncer.

⁴⁸ A ideia de refilantropização faz referência a um movimento que sugere retrocesso na configuração política do campo assistencial – já que anula o direito, reeditando a ideia de serviços prestados por agentes altruístas - embora também pudesse ser interpretada simplesmente como a hegemonia de um padrão assistencial que não se ausentou por completo do modelo em uso no Brasil (Garcia, 2004, p.

negativa, em conflitos, visto que são impostas a lógica do favor às intervenções, confrontando o caráter universal e igualitário dos direitos sociais garantidos constitucionalmente.

Podemos identificar que as Organizações da Sociedade Civil no campo da saúde mesclam discursos conservadores (reestruturação da família, higiene, moralidade de condutas) e progressistas (cidadania, situação social na produção e no aprofundamento da doença). As intervenções aparecem atravessadas por antigas práticas de voluntariado⁴⁹, pautadas na cultura do favor, centralizadas na família em interface com a saúde, orientadas por uma gestão na lógica empresarial (eficiência e eficácia) no trato da questão social no processo de saúde-doença, mensurados por indicadores de saúde, sob um verniz do discurso da cidadania.

Não obstante, a intervenção do(a) assistente social nas expressões da questão social, mediante a prestação de serviços socioassistenciais, corrobora para a criação de condições de superação das demandas apresentadas pelos(as) usuários(as), as quais incidem também nas condições de vida, como educação, habitação, segurança alimentar, entre outras. Estas que repercutem na reprodução da sua força de trabalho, haja vista ao mesmo tempo em que viabiliza direitos sociais através das mediações, contribui para o exercício da cidadania, esta que se constitui como pressuposto para a parceria entre o Estado e sociedade civil.

Em virtude disso, as Organizações da Sociedade Civil se apresentam como possibilidades de atuação do(a) assistente social, embora algumas mediações atravessem esse campo de trabalho, como as condições sócio-históricas, interferências dos(as) empregadores(as) e, sobretudo, a condição de trabalhador(a) assalariado(a), que o impõe parâmetros institucionais. Concomitante a estes fatores, apresentam-se também os desafios na consolidação do Projeto Ético-Político do Serviço Social, visto que, a prática profissional sob a perspectiva de solidariedade e cooperação contribui para o projeto societário hegemônico conservador.

Diante do exposto, percebe-se que, o Serviço Social enquanto profissão

16-17).

⁴⁹ (Carneiro, 2008, p. 108) diante da conjuntura de crise, a solidariedade individual e a ajuda mútua se tornam terreno fértil para a expansão da atividade voluntária como resposta aos “problemas sociais”. A perspectiva universalizadora, o caráter profissional e a intervenção especializada, componentes fundamentais das políticas de proteção social viabilizadas pelo Estado, se veem questionadas, sendo valorizada a colaboração entre solidariedade e profissionalidade.

inserida na divisão social, técnica e sexual do trabalho, constituindo-se de uma especialização do trabalho coletivo, é requisitado a responder às necessidades da sociedade em uma dada realidade, ainda na perspectiva da filantropia, do assistencialismo e do cuidado.

Em vista disso, evidencia-se a partir do que foi exposto na pesquisa ora apresentada a relevância dos(as) profissionais pautarem em suas intervenções a garantia e efetivação dos direitos sociais mediante as dimensões constitutivas da profissão, para que não recaiam em uma prática assistencialista. Constituindo-se como um dos principais desafios para o(a) assistente social nessa conjuntura, qualificar-se, ser propositivo(a), ter visão crítica no sentido de ultrapassar práticas imediatistas, além de concretizar ações para organização de grupos histórico e socialmente excluídos, com base nos princípios éticos da profissão.

Sabe-se que, o desenvolvimento das práticas sociais no Brasil é marcado por uma conjuntura que envolve o dever do Estado, articulado a iniciativa privada e grupos religiosos que se inseriram através da filantropia e voluntariado, para dedicação ao âmbito “social”.

No que diz respeito às organizações em torno da causa do câncer no Brasil, esta teve seu início no século XX, em uma conjuntura que considera a questão do câncer como um problema de saúde pública, e como interesse da classe médica brasileira em aplicar métodos de países centrais no país, preocupados com as recorrentes epidemias que se alastrava em todo o território. Segundo Sousa (2010):

No Brasil, as primeiras instituições de combate ao câncer datam da década de 20, criadas por profissionais da área médica e que seguindo modelos similares aos utilizados em países como a França – a exemplo da Liga Francesa contra o Câncer – buscaram arrecadar fundos para a criação de um instituto de radioterapia, na época um dos recursos mais utilizados no tratamento do câncer. A ação conjunta de pessoas ligada ao campo médico, juntamente com o apoio de personalidades conhecidas por sua posição social e engajamento filantrópico, gerou os primeiros passos para a fundação do “primeiro instituto para o tratamento dos cancerosos” na cidade de São Paulo, este anexado ao hospital da Santa Casa de Misericórdia, no intuito de prestar serviços médicos para os doentes. Tal iniciativa que envolve interesse de saúde pública e a filantropia (Sousa, 2010, p. 39).

No entanto, na medida em que se tornava urgente a realização de estudos sobre a prevenção e combate da doença, também se ampliava a busca por reconhecimento profissional, com a finalidade de criar credibilidade, logo que os conhecimentos sobre a doença ainda eram escassos. Diante desse contexto, na

década de 30 foi criado o primeiro centro para o atendimento de pacientes oncológicos, com a reorientação da política nacional de saúde, proposta pelo governo de Getúlio Vargas, dado o crescimento de doenças crônicas degenerativas e da mortalidade causada pelo câncer.

Dessa forma, nas décadas de 30 e 40 foi perceptível a ampliação das ações do Estado no âmbito da saúde em parceria com a filantropia, entre estas atuações convém evidenciar a institucionalização do importante órgão Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 1937, no Rio de Janeiro. Segundo Barreto (2005, p. 268), “a criação da instituição prestigiou os serviços médicos dispensados aos cancerosos, a formação de recursos para o setor e também a área de pesquisa básica”.

O INCA foi criado com o objetivo de prestar assessoria para o Ministério da Saúde no combate ao câncer no Brasil, mediante a prestação de atendimento médico para pacientes oncológicos. Acrescenta-se aos atendimentos, campanhas educativas para a promoção de uma política nacional de prevenção e combate ao câncer. Nesse viés, “observa-se que às primeiras mobilizações da causa do câncer no Brasil eram desempenhados por lideranças, cuja atuação era conscientizar a população na prevenção à doença, sendo uma ação mais voltada para educação do que apoio assistencial e psicológico”. (Sousa, 2010, p. 40).

Sob esse aspecto, nota-se que durante um longo período as mobilizações em torno da causa do câncer eram restritas a um pequeno grupo, interessados não somente no atendimento para pacientes oncológicos e realizar campanhas de conscientização, mas também na ampliação de estudos na área e no surgimento de novas especialidades na área médica.

Segundo Sousa (2010), a necessidade de expandir ações na luta contra o câncer resultou na criação do Serviço Nacional de Câncer - SNC e de iniciativas de pequenos grupos visando aprimorar modelos de tratamentos junto à comunidade médica brasileira e prestar assistência aos(as) pacientes com a moléstia. Muitos destes grupos foram impulsionados por interesses privados através das Ligas ou Associações de Combate ao Câncer que foram criadas por meio da mobilização de pessoas ligadas a área médica e personalidades da sociedade civil que buscavam arrecadar fundos – por meio de empreendimentos filantrópicos – para ajudar o INCA no desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento do câncer. De acordo com a autora, dentre estas instituições, encontram-se a Liga Bahiana Contra o Câncer, Associação Paulista de combate ao Câncer, Liga Paranaense Contra o Câncer e

Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer.

Ressalta-se que, o surgimento das ligas se deu com o objetivo de criar políticas públicas de saúde direcionadas para o câncer, associado a isso também prestariam apoio a população sem condição econômica e contribuíram para o conhecimento científicos dos médicos brasileiros por meio de viagens para o exterior. Concomitante ao surgimento das ligas, também foram construídas inúmeras clínicas para atuação no combate e diagnósticos do câncer, além da promoção de congressos, fóruns e campanhas para ampliação do conhecimento no país.

Constata-se assim, que as iniciativas filantrópicas e governamentais foram cruciais para o desenvolvimento das políticas de saúde em prol do câncer, haja vista também foram importantes para o atendimento de tipos específicos de câncer, como a Fundação das Pioneiras Sociais, na década de 50, a qual direcionou a oferta de serviços para o câncer da mulher nas áreas ginecológicas e mamárias. Criada como uma iniciativa privada, de caráter filantrópico, a organização foi criada pela primeira dama Sarah Kubitschek em Minas Gerais, e ofertava serviços de assistência social para a população. Foi a partir desse período que organizações da área do serviço social iniciaram sua inserção no atendimento de pessoas com câncer, visto que anteriormente era somente desenvolvida por profissionais da saúde.

Em conformidade com Sousa (2010, p. 42), similar ao trabalho iniciado pelas Pioneiras Sociais, encontram-se no Estado de Sergipe, na década de 60, os serviços desenvolvidos pela Legião Feminina de Educação e Combate ao Câncer - LFECC⁵⁰, grupo considerado pioneiro no estado em prol da mobilização do câncer, sobretudo, nos trabalhos de prevenção do câncer ginecológico e mamário. A autora aponta ainda que, a instituição era de caráter filantrópico, sem fins lucrativos, que prestava assistência às mulheres carentes da capital e do interior de Sergipe, realizando prestações de serviços no combate ao câncer ginecológico nos níveis preventivo,

⁵⁰ A LFECC foi fundada em 1964 a partir da iniciativa do Dr. Jorge Marsilac, médico especializado na área de Oncologia que se transferiu do Rio de Janeiro para Aracaju com o objetivo de mobilizar médicos e pessoas da sociedade sergipana para ações e campanhas de prevenção e combate ao câncer. Visando desenvolver projetos e programas de controle do câncer em Sergipe, Dr. Marsilac juntamente com o Dr. Benjamim Carvalho, mobilizou alguns médicos e senhoras da alta sociedade – mulheres de médicos parentes ou amigas próximas – que já desenvolvia trabalho voluntário no Centro de Estudos do Hospital de Cirurgia. A partir daí, Dr. Benjamim Carvalho que era diretor do Hospital, tomou a iniciativa de reunir um grupo de senhoras e fundar a LFECC, tendo como membros as senhoras Cecinha Melo Costa (presidente da liga), Hortência Fonseca Carvalho (esposa de Dr. Benjamim), Marilda Leite, Bernadete Diniz Gonçalves e Maria Amélia Franco. O grupo buscou arrecadar fundos para criar e prestar um trabalho de conscientização e prestação de serviços ambulatorial de prevenção do câncer para mulheres carentes (Sousa, 2010, p. 42-43).

curativo e educacional.

Sob essa ótica, fica perceptível que de igual modo ao resto do país, no estado de Sergipe as ações voltadas em prol da causa do câncer também surgiram de pessoas ligadas a área médica e na extensão familiar, propiciando iniciativas direcionadas para os cuidados de mulheres com câncer.

No que diz respeito ao câncer infantojuvenil, a mobilização em torno da causa se deu em virtude de o INCA ter fundado uma ala pediátrica, em 1957. Isso não apenas porque o câncer passou a ser considerado como uma questão de saúde pública, mas também pelo número crescente de mortalidade infantil no país. Constituindo-se como preocupação para os(as) médicos(as) o aumento da sobrevivência das crianças através do diagnóstico precoce.

O aumento da mortalidade infantil em decorrência de câncer ocorria por causa da precariedade da oferta de serviços, o diagnóstico tardio e falta de medicamentos, visto que as unidades de saúde não tinham remédios suficientes para atender as demandas. No caso específico de Sergipe, os programas e serviços são oferecidos pelo Hospital de Urgências de Sergipe - HUSE, o qual constitui de uma Ala Oncológica Pediátrica que recebe demandas de todo o Estado, possuindo carências como falta de médicos(as) especialistas em tipos de neoplasias específicas, falta de equipamentos médicos que garantam a continuidade do tratamento, falta de medicamentos, entre outros aspectos que acarretam tanto no diagnóstico tardio, quanto no tratamento eficaz.

De acordo com Hora (2016), a preocupação com a questão do diagnóstico tardio é uma questão relevante, em especial nos casos de câncer infantil, uma vez que são muitos os casos de crianças e adolescentes que chegam com suas famílias aos centros especializados de tratamento com a doença em estágio avançado por diversos fatores: dificuldade de acesso à rede pública de saúde, diagnóstico equivocado por parte dos(as) médicos(as) que não conseguem diferir o câncer infantil de outras doenças comuns na infância, desinformação dos pais, medo do diagnóstico de câncer, entre outros.

Tendo em vista esses fatores, no decorrer dos anos foram surgindo diversas Organizações da Sociedade Civil com iniciativas⁵¹ cuja finalidade consiste na

⁵¹ Sousa (2010, p. 45) ressalta que a emergência de novas modalidades de grupos mobilizados na causa do câncer começa a surgir a partir da segunda metade do século XX, sobretudo, objetivando fornecer bens e serviços para a população carente a partir de trabalhos voluntários nos diferentes

prestação de assistência a pessoas com câncer, pautadas pela humanização da saúde, objetivando transformar a realidade dos(as) pacientes oncológicos(as) no país. No entanto, Sousa (2010) enfatiza que se deve deixar claro que as primeiras ações voltadas para a causa do câncer foram iniciadas pelo campo da medicina brasileira em conjunto com os poderes públicos e privados, percebe-se em meios aos contextos vivenciados pela sociedade brasileira, modificações nas formas de adesões devido ao aparecimento de diferentes grupos de indivíduos objetivando transformar a realidade social.

Nesse intento, a partir da pesquisa ora apresentada constatou -se que as Organizações da Sociedade Civil que ofertam serviços de apoio as pessoas com câncer no Estado de Sergipe, se originaram das motivações dos seus agentes em somar-se a causa do câncer de forma voluntária, através do desenvolvimento de projetos, serviços e programas, objetivando propiciar para os(as) pacientes oncológicos(as) subsídios para um tratamento eficaz, bem como o aumento da incidência de cura.

Diante disso, a partir do surgimento de cada instituição ficou perceptível que seus aspectos⁵² fundantes possuem como características os valores que norteiam a consciência dos seus agentes, prevalecendo em todas os princípios para o surgimento o altruísmo, a benevolência, o viés religioso⁵³, a perspectiva do voluntariado e as redes sociais. Sousa (2010) sublinha que, as ações das Organizações da Sociedade Civil parte da concepção de que a sua participação gira em torno do “ajudar”, “agir”, “ter compromisso” e “dedicação” com a causa, a fim de derrubar o mito que está associado à doença e modificar a realidade social dos(as) pacientes com câncer.

Para além disso, observa-se que outro aspecto que influencia a transição do

campos de ação na luta contra o câncer. Para a autora, as novas formas de politização da vida cotidiana diferem dos tipos tradicionais de se fazer política, pois não se trata somente de defender os interesses ligados a uma categoria ou grupo ao qual pertencem.

⁵² Vão desde uma perspectiva altruísta, de ajudar ao próximo, aos mais necessitados, à possibilidade de ocupar o tempo disponível integrando-se em algum grupo ou a oportunidade de trabalhar com pessoas com câncer. Por outro lado, têm-se aqueles que tiveram em algum momento de sua vida, a perda de um ente querido ou até mesmo alguém da família que faleceu de câncer. De uma forma ou de outra, são fatos que contribuem para direcionarem os agentes para a participação em tal causa (Sousa, 2010, p. 94).

⁵³ A relação entre orientação doméstica e orientação religiosa leva a incorporação de valores direcionados a “cooperação”, “ajuda”, “caridade”, “devoção” e “compromisso pessoal” contribuindo, assim, para a elaboração de projetos individuais que implicam a alg um tipo de engajamento (Seidl, 2009, p. 04).

caso individual para a organização coletiva é a identificação com a causa, a qual está ligada tanto às experiências vividas nos diferentes espaços sociais, como aos acontecimentos que marcam a trajetória em algum momento, na vontade de querer fazer mais do que pôde ser feito no momento vivenciado por um(a) familiar, por exemplo; aqueles(as) que o engajamento se dar para atender a caridade moralista, atendendo aos preceitos religiosos que segue.

Sob esse enfoque, Sousa (2010) aponta que as redes informais e formais⁵⁴, e as redes religiosas, aparecem como uma espécie de mediação entre esses valores que são internalizados a conversão do potencial de mobilização do(a) agente. Além disso, verifica-se a presença daqueles(as) que foram direcionados para o engajamento na causa do câncer, por meio do contato com familiares que apresentam a doença.

Um grupo legitima-se a partir da identificação das pessoas que se somam, passando a ser visibilizada também por pessoas externas ao movimento que se sensibilizam pela causa. A identificação traz o sentimento de comunhão a respeito dos objetivos para o qual a organização se mobiliza, compartilhando dos mesmos interesses. Não sendo essa identificação restrita apenas ao grupo atendido, mas também às pessoas que solidarizam pelo fato de se identificarem com a causa.

Silva (2018) destaca que a construção da identidade em torno da reivindicação do grupo é outro fator importante, uma vez que ninguém se dispõe a lutar por uma causa se não se identifica com esta. Esta identidade não ocorre apenas por um aspecto de consciência de justiça, portanto, de um aspecto racional, mas também numa perspectiva emocional, dos sentimentos de pertencimento a um determinado grupo ou até mesmo de solidariedade a esse grupo, sendo que a causa do grupo, em particular, conseguiu se expandir para uma causa social mais geral.

Embora as motivações do surgimento das instituições de atendimento as pessoas com câncer tenham em seu bojo o enfoque altruísta⁵⁵, torna-se relevante

⁵⁴ Segundo Silva (2018), os meios de comunicação também são um forte elemento envolvido na disputa, como também se constituem com um forte potencial de inovação da ação coletiva. A cobertura midiática de uma ação coletiva é um forte elemento de divulgação das ideias dos manifestantes e as inovações metodológicas visam também chamar atenção da mídia e de sua cobertura, fazendo com que ela não tenha meios de recusar a noticiar as manifestações.

⁵⁵ Sousa (2010) apud (Rozier, 2002, p. 136) ressalta que o sentimento altruísta vem às vezes a ser totalmente naturalizado, descrito como uma disposição incorporada que os fazem imediatamente agirem em direção àquele que é portador de um sofrimento singular.

destacar que, existem interesses camuflados por trás da aparência de solidariedade da adesão a causa. Isto é, mesmo que a associação à causa não tenha sido calculada de maneira intencional a fim de obter proveitos econômicos, o seu investimento, ainda que tenha se constituído de maneira não planejada, dado a incidência de trabalhos voluntários, gera alguma recompensa. Além disso, “mesmo que não seja gerado nenhum lucro financeiro para os que estão engajados na causa, suas ações podem sim gerar outro tipo de benefício que não o econômico. Essas vantagens implicam também em uma diferenciação na posição dos agentes dentro do campo em que atua” (Sousa, 2010, p. 94).

Assim, os interesses da classe médica com a causa do câncer se diferenciam dos interesses de grupos religiosos no sentido de que, a classe médica buscava compreender os aspectos da doença, confirmando o interesse que o assunto suscitava na sociedade, ganhando com isso prestígio no cenário nacional, porém não ultrapassavam para o âmbito da luta política. Já os grupos religiosos adentraram nesse espaço mediante o interesse de constituir parceria com o Estado, onde constatava-se o repasse de recursos financeiros para este fim e, em troca as organizações se comprometiam com a oferta de serviços para a resolutividade pontual das demandas.

Diante do que foi exposto, ficou perceptível que o surgimento das iniciativas das Organizações da Sociedade Civil em torno da causa do câncer não se deu apenas pelo ato da benevolência, mas como uma forma de criar estratégias para minimizar os sofrimentos causados pela doença, através da parceria com o Estado, mediante a relação público-privada com a transferência de recursos, para ser utilizado em ações que contribuía para transformar a realidade dos(as) pacientes oncológicos(as), permeado pelo discurso da promoção da cidadania, ainda que de forma focalizada.

Portanto, verifica-se que mobilizar-se é necessário a própria dinâmica do processo de tratamento da doença, dada as incertezas presentes nesse contexto. Tornando-se imprescindível ainda, nessa perspectiva, a articulação com os sujeitos excluídos no âmbito da luta política, para a manutenção dos direitos sociais, que garantam o acesso de um tratamento de qualidade e a integralidade do cuidado, constituindo-se como meio de acesso as políticas sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação de mestrado tomou para parâmetro o objetivo geral da pesquisa de analisar as determinações que recaem sobre o trabalho do(a) assistente social em Organizações da Sociedade Civil, no tocante às dimensões constitutivas, na particularidade do atendimento às pessoas com câncer em contradição à defesa da política pública de saúde enquanto um direito social, numa conjuntura neoliberal.

Em síntese, para esta análise utiliza-se as reflexões de Carlos Montaña que trata sobre a ideologia do terceiro setor, o qual a conceitua como “canto da sereia”. Segundo o autor, em pleno século XXI, as sereias continuam a cantar e encantar, seduzindo e atraindo ainda ao abismo a quem escutar indefeso seus cânticos. Essas vozes ecoam nos ouvidos, porém não são músicas, nem melodias. São palavras e projetos que seduzem e atraem os marinheiros de hoje, direcionando-os em um rumo já marcado.

Montaña (2014, p. 22) retrata que essas palavras e esses projetos, que hoje envolvem e atraem as pessoas, aos milhares, como verdadeiros “cantos de sereia”, se valem de valores oriundos ou aceitos pelos setores subalternos, incluso por tendências progressistas, derivando nas promessas da chamada “economia solidária”, os cantos do “empoderamento”, a ideologia do “empreendedorismo”, da “responsabilidade social empresarial”, os projetos das políticas de “combate à pobreza (extrema)”, das políticas de “geração de emprego e renda”, são as artimanhas da ideologia e os projetos do “Terceiro Setor”, que ecoam desde o conservadorismo neoliberal até a esquerda pós-moderna.

Orientado pelos padrões neoliberais, o terceiro setor tem buscado responder as necessidades da população através de uso de termos que, ideologicamente, levam a sociedade a compreender a realidade de uma forma fetichizada e fragmentada, ocultando o verdadeiro significado das reformas (que são para atender o capital), mostrando-as como uma vontade popular, já que as Organizações da Sociedade Civil têm um discurso pautado na solidariedade e fraternidade. “Efetivamente, a (nova) nomenclatura, o (novo) linguajar, deve camuflar o verdadeiro conteúdo regressivo e antipopular dessas reformas e mostrá-las como adequações, melhoramentos, modernizações, como respostas às necessidades populares” (Montaña, 2014, p. 27).

Dessa forma, observa-se que o terceiro setor utiliza como estratégia adoção de

termos apolíticos, que aparentam ser antagônicos ao sistema capitalista como “democratização, popular, solidário, empoderamento, igualdade, participativo, mas esvaziando e refuncionalizando seus conteúdos, quanto dos termos ‘politicamente corretos’; ambos de uso cotidiano da intelectualidade e militância” (Montaño, 2014, p. 29). Sob esse aspecto, a classe subalterna não questiona o pano de fundo destas instituições, visto que estão ocultas por palavras politicamente corretas.

Sob esses aspectos, o terceiro setor desdobra-se em várias propostas utilizando a comunicação como centro das ações, fundadas frente a desresponsabilização do Estado, materializada nos projetos do terceiro setor através da ideologia neoliberal, e que considera os indivíduos como protagonistas e ao mesmo tempo responsáveis pelas suas condições de vida, apresentando-os como solução e, conseqüentemente, como produto da oferta de serviços, a emancipação humana. Haja vista, “a realidade deixa de ser objetiva para se tornar o produto subjetivo do sentido (significado) que lhe é dado pelos indivíduos; perde seu caráter universal para se tornar meramente singular, fenomênica” (Montaño, 2014, p. 40).

Nesse ínterim, respaldadas do projeto neoliberal trazem novos desafios para o(a) trabalhador(a) que vende sua força de trabalho, e os(as) assistentes sociais enquanto trabalhadores(as) assalariados(as) não fogem desta realidade, encontrando-se diante de um complexo de determinações que, por sua vez, exigem novas mediações. Já que o trabalho do(a) assistente social situa-se no âmbito político-ideológico, sendo requisitado para exercer funções de manutenção da reprodução do capital e da ideologia dominante junto aos segmentos subalternos, sendo seu campo de trabalho enviesado por tensões e interesse de classes antagônicas.

Conforme apontado por Iamamoto (2004), o Serviço Social sempre foi chamado pelas empresas para eliminar focos de tensões sociais, criar um comportamento produtivo da força de trabalho, contribuindo para reduzir o absenteísmo, viabilizar benefícios sociais, atuar em relações humanas na esfera do trabalho. Embora essas demandas fundamentais se mantenham, elas ocorrem hoje sob novas condições sociais e, portanto, com novas mediações.

Sob essa perspectiva, no centro das preocupações das dissertações e teses analisadas, encontra-se o desafio do exercício profissional que vai de encontro com a realidade e exigências desse projeto filantrópico, posto que existe o perigo de vir a tornar-se apenas uma operacionalização dos serviços à população, sem ultrapassar o aparente da prática institucionalizada. Desta forma, para o(a) profissional apresenta-

se o desafio de não restringir a prática ao aparente, tornando-se necessário a compreensão das mudanças políticas e históricas, bem como aprofundar a formação teórico-metodológica em uma perspectiva crítica.

Nesse contexto, somente através de uma direção profissional é que os(as) profissionais conseguem atender as novas exigências, ultrapassando a rotina institucional e identificando tendências através da apreensão do movimento da realidade.

O(a) assistente social enquanto trabalhador(a) assalariado(a) está sujeito(a) aos mesmos determinantes do processo de trabalho que os(as) demais trabalhadores(as), a polivalência, contratos de trabalho temporários, terceirização, o desemprego estrutural, baixos salários, entre outros. Dessa forma, em uma conjuntura de transformações sociais e de grandes impactos ao(à) trabalhador(a) e às políticas sociais, seu exercício profissional fica condicionado aos determinantes de ordem política e econômica, cabendo ao(a) profissional decifrá-los.

Na concepção de Iamamoto (2004), decifrar os determinantes e as múltiplas expressões da questão social, eixo fundante da profissão, é um requisito básico para avançar na direção indicada. A gênese da questão social encontra-se enraizada na contradição fundamental que demarca esta sociedade, assumindo roupagens distintas em cada época: a produção cada vez social, que se contrapõe à apropriação privada do trabalho, de suas condições e seus frutos.

Sendo as múltiplas expressões da questão social o objeto sobre o qual incide o trabalho profissional, o desafio que se coloca para o(a) profissional concentra-se em traçar estratégias para a formulação de propostas que subsidiem as respostas profissionais, como uma forma de apresentar alternativas e possibilidades as demandas apresentadas no cotidiano.

Segundo Iamamoto (2004, p. 80), dimensionar o novo trabalho profissional significa captar as inéditas mediações históricas que moldam os processos sociais e suas expressões nos vários campos em que opera o Serviço Social. Ao(a) profissional é exigida uma bagagem teórico-metodológica que lhe permita elaborar uma interpretação crítica do seu contexto de trabalho, um atento acompanhamento conjuntural, que potencie o seu espaço ocupacional, o estabelecimento de estratégias de ação viáveis, negociando propostas de trabalho com a população e entidades empregadoras.

Nesse viés, os desafios exigem ainda do(a) assistente social, uma qualificação

profissional que amplie a sua direção crítica, para que na sua prática decifre a realidade e analise os processos sociais, ultrapassando a aparência dos fatos, construindo propostas de trabalho capazes de efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano, e que seja, sobretudo, “um(a) profissional criativo e inventivo(a), capaz de entender o ‘tempo presente, os homens presentes, a vida presente’ e nela atuar, contribuindo, também, para moldar os rumos de sua história (Iamamoto, 2004, p. 49).

Para isso, é preciso que o(a) mesmo(a) detenha não só o domínio das dimensões constitutivas da profissão, teórico-metodológico, técnico-operativo, investigativa e pedagógica, para conhecer a realidade e desempenhar as funções determinadas institucionalmente, como também ter o compromisso ético-político com o projeto da profissão e colocá-lo como norteador da sua atuação no processo de trabalho.

O compromisso com a dimensão ético-política contribui para o rompimento tanto com o teorismo, quanto com o pragmatismo, imbricados nas práticas imediatizadas do cotidiano. Outrossim, esta dimensão possibilita uma direção crítica capaz de decifrar a essência das demandas institucionais, evidenciando as desigualdades sociais, as relações sociais, sem perder de vista o enraizamento no processo sócio-histórico.

Em consonância com Iamamoto (2004), orientar o trabalho profissional nos rumos aludidos requer um(a) profissional culto e atento às possibilidades descortinadas pelo mundo contemporâneo, capaz de formular, avaliar e recriar propostas ao nível das políticas sociais e da organização das forças da sociedade civil. Para a autora, enfrentar os desafios contemporâneos requer um(a) profissional informado(a), crítico(a) e propositivo(a), que aposte no protagonismo dos sujeitos sociais. Mas também um(a) profissional versado(a) no instrumental técnico-operativo, capaz de realizar as ações profissionais, aos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladoras da participação dos(as) usuários(as) na formulação, gestão e avaliação de programas e serviços sociais de qualidade.

Conforme enfocado por Iamamoto (2004), a afirmação de um perfil profissional propositivo requer um(a) profissional de novo tipo, comprometido(a) com sua atualização permanente, capaz de sintonizar-se com o ritmo das mudanças que presidem o cenário social contemporâneo em que “tudo que é sólido, desmancha do

ar”. Profissional que também seja um(a) pesquisador(a), que invista em sua formação intelectual e cultural e no acompanhamento histórico-conjuntural dos processos sociais para deles extrair potenciais propostas de trabalho – ali presentes como possibilidades – transformando-as em alternativas profissionais.

Diante do exposto, é perceptível que o terceiro setor tem absorvido cada vez mais assistentes sociais, estes(as) que dispõem de uma relativa autonomia para o acesso dos(as) usuários(as) aos serviços prestados pelas organizações. Para além disso, novas possibilidades de trabalho se apresentam diante das transformações sociais e necessitam ser apropriadas através das mediações, sendo exigido do(a) profissional conhecimento das dimensões constitutivas da profissão e formação continuada, estas que são indispensáveis para que possa dar respostas qualificadas as demandas, para a viabilização de direitos e a qualidade dos serviços prestados à população, como forma de enfrentar os desafios que se apresentam a profissão diante das transformações sociais.

Na concretude deste estudo investigativo, constatou -se que o trabalho do(a) assistente social configura-se em dois cenários: o primeiro ocorre na conjuntura marcada pelo avanço do neoliberalismo aprofundado pelo avanço da extrema direita no país e, o outro no contexto de privatização, com o afastamento do Estado na intervenção das expressões da questão social, transferindo a responsabilidade para o âmbito do terceiro setor, com rebatimentos nas condições objetivas e subjetivas do trabalho profissional do(a) assistente social, diante da perda da centralidade do trato a questão social.

Ficou perceptível também, que as organizações da sociedade civil que foram campo empírico desta pesquisa, atendem um quantitativo significativo de usuários(as), com uma variedade de projetos, serviços e programas para estes(as) e seus familiares. Entretanto, as ações ofertadas pelas instituições são fragmentadas e pontuais, haja vista o Estado é o único organismo que pode garantir a universalidade no atendimento dos direitos previsto na Constituição, uma vez que, detém a capacidade de planejar e implementar as políticas sociais, estas que se constituem como respostas para as expressões da questão social.

Dessa forma, constatou -se que o trabalho do(a) assistente social nas Organizações da Sociedade Civil, considerando a conjuntura neoliberal, as reformas na política de saúde pública e os desafios enfrentados diante da omissão do Estado que não tem efetivado o direito a saúde por meio das políticas públicas eficientes, se

concretiza mediante práticas conservadoras, que vão de encontro ao que é preconizado pelo projeto político da categoria profissional e as dimensões constitutivas da profissão.

Torna-se relevante repetir, que quando o direito a saúde é negligenciado, implica dizer que o direito à vida e à dignidade da pessoa humana estão comprometidos. Nesse viés, o(a) assistente social orienta suas ações no compromisso de fortalecer o cuidado integral aos(as) usuários(as), que buscam nas instituições de apoio as pessoas com câncer a promoção e oferta da assistência psicossocial, médica e financeira, por conta dos impactos do ideário neoliberal engajado no modo de produção capitalista. E, mesmo no cenário conservador, é através das dimensões teórico-metodológica, ético-política, técnico-operativa, pedagógica e investigativa que o(a) assistente social encontra respaldo para que a intervenção possa ser realizada com eficácia, responsabilidade, competência profissional e com compromisso ético-político para a construção de uma sociedade mais justa.

Ficou perceptível também, que as possibilidades para ultrapassar o atendimento de demandas imediatas, bem como o sentido utilitário da prática profissional, considerando que cada caso é um caso, constituem-se a partir das mediações com o enfoque no desvelamento da realidade que se apresenta cotidianamente, para apreensão da totalidade, possibilitando a passagem do imediato para o mediato.

Outrossim, o(a) assistente social necessita de uma intervenção que ultrapasse o nível abstrato da singularidade, para que se aproxime da particularidade e das determinações que influenciam nas demandas apresentadas, tais como as relações sociais, relação capital-trabalho, relação estado-sociedade, políticas sociais, entre outras. Isto é, absorver no cotidiano das intervenções as interferências e determinações que estão postas na universalidade das demandas trazidas pelos(as) usuários(as), utilizando para isso, a singularidade e particularidade para apreensão da totalidade complexa de cada caso.

Além disso, destaca-se a necessidade de formação continuada enquanto maneira de obter acúmulo teórico para o processo de mediação, o qual contribui para a superação da imediatez, bem como o rompimento com práticas politicamente funcionalistas e moralmente conservadoras. Nessa perspectiva, exige-se do(a) profissional o compromisso com a formação continuada e o senso crítico para

responder às demandas institucionais de forma que ultrapasse as aparências e a imediatividade.

Observou-se também, que para ultrapassar o atendimento às requisições institucionais através do trabalho profissional, torna-se necessária uma prática voltada para a organização política dos segmentos excluídos, direcionada para a articulação coletiva, ultrapassando as demandas pontuais e emergenciais, pautado pelo projeto da profissão, que preconiza o compromisso do Serviço Social no fortalecimento das lutas das classes subalternas.

Ressalta-se também, a importância de seguir o direcionamento do Projeto Ético-político Profissional, bem como as análises das determinações de raça, gênero e classe, as quais são imprescindíveis para provocar transformações culturais de enfrentamento do projeto conservador, para ultrapassar as abordagens imediatistas e individualistas.

Foi possível perceber que os(as) assistentes sociais, enquanto profissionais inseridos(as) na divisão sociotécnica do trabalho, se defrontam com os rebatimentos da visão filantrópica no cotidiano, implicando nas condições objetivas e subjetivas do trabalho profissional. Somada à tendência de requisição de perfis profissionais que confrontam o Projeto Ético-político Profissional, direcionados para o gerenciamento das expressões da questão social por meio da oferta de serviços cada vez mais restritivos e distanciados da perspectiva de direito social.

Constatou-se na particularidade das instituições do terceiro setor de atendimento às pessoas com câncer no estado de Sergipe, no cenário do neoliberalismo articulado ao fundamentalismo conservador e neofascista, que no trabalho do(a) assistente social emergem novas dinâmicas e aprofundam-se questões já existentes, verificando como condições objetivas: a precariedade das inserções empregatícias salários reduzidos, requisitos de produtividade e o sucateamento do aparato institucional, como a falta de equipamentos. E subjetivas: o crescente desemprego, trabalhos precarizados, insatisfação, subalternidade, destituição de direitos, a sobrecarga de trabalho, desmonte de políticas públicas, terceirização, a falta de autonomia profissional, doenças provenientes do desgaste físico e mental.

As condições de trabalho dos(as) profissionais estão intrínsecas aos interesses antagônicos presentes na sociedade de classes, e que acabam por condicionar o fazer profissional do(a) assistente social nas instituições. E, enquanto trabalhador(a) assalariado(a), ao mesmo tempo em que possui direcionamento das suas ações para

atender as demandas dos(as) usuários(as) das instituições, também é pressionado(a) a seguir as requisições institucionais, estas que podem possuir direcionamentos contrários aos propostos pelo projeto profissional.

Portanto, a partir destas análises foi possível constatar que o trabalho do(a) assistente social nas Organizações da Sociedade Civil de atendimento as pessoas com câncer, no cenário do neoliberalismo, enfrentam desafios para a efetivação do Projeto Ético-Político profissional, onde o(a) profissional se depara com a precarização do trabalho e, conseqüentemente a falta de condições objetivas e subjetivas. Ressalta-se também as dificuldades dos(as) profissionais fornecerem respostas comprometidas com o projeto da profissão, visto que estes espaços sócio-ocupacionais ofertam serviços fragmentados, com respostas imediatas, indo de encontro com os direitos sociais e, contribuindo para a refilantropização e despolitização da questão social.

Reforça-se também, a importância das fiscalizações por parte do conjunto CFSS/CRESS, em razão da precarização das relações trabalhistas que afeta os(as) assistentes sociais enquanto integrantes da classe trabalhadora. Bem como atender as demandas provenientes do cotidiano dos(as) assistentes sociais, o fortalecimento do compromisso ético-político com os(as) usuários(as) dos serviços e aliando-se as lutas da classe trabalhadora em defesa da efetivação de direitos, conforme o projeto da categoria profissional.

Em vista do que foi constatado, conclui-se que as hipóteses que nortearam o objeto do presente estudo se confirmaram. Visto que, as dimensões constitutivas da profissão utilizadas de modo articulado e embasadas pelo Projeto Ético-Político profissional possibilitam ao(a) profissional a aproximação com a realidade dos(as) usuários(as). Além disso, as dimensões permitem ao(a) profissional as mediações necessárias para a ultrapassagem da imediatez, ao mesmo tempo em que permite uma intervenção crítica, e reflexiva nas instituições.

Do mesmo modo, também se constatou que o trabalho nas Organizações da Sociedade Civil é permeado por desafios. Haja vista que, no cenário do neoliberalismo, há o aprofundamento de práticas conservadoras mediante a refilantropização das expressões da questão social, orientada por uma visão funcionalista, colocando para o(a) profissional o desafio de lidar com a destituição de direitos, o fundamentalismo religioso, o desfinanciamento das políticas públicas e a precarização do trabalho.

Por fim, mas não menos importante, convém mencionar que a produção desta dissertação teve inúmeras e evidentes limitações, as quais justificam-se pelo próprio objeto de estudo. Primeiramente, destaco que se tratou de um tema extenso e pouco estudado na perspectiva de situar o terceiro setor e o Estado na relação público-privada, dada a sua heterogeneidade, exigindo a abordagem de várias temáticas, para que conseguíssemos situá-la na contemporaneidade. Além disso, houveram mudanças no percurso da pesquisa, onde inicialmente o tema era voltado apenas para uma instituição, sendo delineado por um viés totalmente contrário a verdadeira prática das Organizações da Sociedade Civil, sendo necessária uma desconstrução desse entendimento e, posteriormente, foram incluídas as outras duas.

Mesmo apontando as limitações e necessidades de aprofundamento de alguns pontos deste trabalho, evidencia-se os impactos positivos para a área do Terceiro Setor e do Serviço Social. Outrossim, o conhecimento aqui produzido não se esgota, indicando a necessidade de que outras pesquisas possam continuar contribuindo para novas perspectivas acerca do tema.

Nesse intento, esta pesquisa interessa a todos(as) os(as) assistentes sociais inseridos(as) nas Organizações da Sociedade Civil, a fim de embasar o direcionamento crítico e a compreensão dos rebatimentos para o trabalho profissional diante da conjuntura neoliberal, para a manutenção das políticas sociais e para as condições de vida da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social** — 1996. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/briefing/graduacao/Lei_de_Diretrizes_Curriculares>. Acesso em: 15 ago. 2022.

ABRALE, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. **Cartilha direitos do paciente com câncer**. Departamento Jurídico da Abrale, 2022.

ABREU, Marina Maciel. **A dimensão pedagógica do Serviço Social**: bases histórico-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. Serviço Social e sociedade. São Paulo, n. 79, set. 2004.

AFONSO, Almerindo J. Nem tudo o que conta é mensurável ou comparável. Crítica a *accountability* baseada em testes estandarizados e rankings escolares. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, v. 13, n.1, p. 6, 2009.

ALMEIDA, N. L. T.; ALENCAR, M. M. T. **Serviço Social: trabalho e políticas públicas**. Rio de Janeiro: saraiva, 2011.

ANDERS, J. C.; SOUZA, A. I. J. **Crianças e adolescentes sobreviventes ao câncer**: desafios e possibilidades. Santa Catarina: Centro Ciências da Saúde, 2009. jan/mar; 8(1): 131-137.

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER; GENTILI (Orgs). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1995, p. 9-37.

BARBOSA, Veralucia Maria de Albuquerque. O direito à saúde do paciente oncológico infantojuvenil e a judicialização como instrumento de efetivação do mínimo existencial. Recife: UFPE, 2020.

BARDIM, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. 70. ed. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 1977.

BARRETO, Eliana Maria Teixeira. **Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil**: Instituto Nacional de Câncer (INCA). Revista Brasileira de Cancerologia. 51 (3): 267-275, Rio de Janeiro, 2005.

BARROCO, M. S. L. **Não passarão! Ofensiva Neoconservadora e Serviço Social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 124, p. 623-636, out./dez. 2015.

BATTINI, Odária. **Atitude investigativa e formação profissional**: a falsa dicotomia. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 15, n. 45, p. 142-146, ago. 1994.

BEHRING, E.R; BOSCHETTI, I. **Política Social**: Fundamentos e História. São Paulo: Cortez, 2006. pp.25-45.

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988. Disponível em: <http://www.docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=CEBESLIVROS&Pasta=A>

BEVEDER, Mônica Brun. **Questão social em tempos de hegemonia neoliberal: a centralidade da mídia no processo brasileiro de passivização**. Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

BEZERRA, Clara Angélica de A. S. **Pesquisa em serviço social II**. Aracaju: UNIT, 2016.

BOSCHETTI. I. Expropriação de direitos e reprodução da força de trabalho. In.: BOSCHETTI. I. **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Editora Cortez, 2018.

BRASIL. **Decreto-lei nº 1.044, de 21 de outubro de 1969**. Brasília: 1969. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del1044.htm.

_____. **Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988**. Brasília: 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7713.htm.

_____. **Resolução nº 1, de 15 de outubro de 1996**. Brasília: 1996. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-1-1996_95224.html.

_____. **Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999**. Brasília: 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9790.htm.

_____. **Lei nº 12.403, de 04 de maio de 2011**. Brasília: 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12403.htm.

_____. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Brasília: 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm.

_____. **Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013**. Brasília: 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12802.htm.

_____. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015**. Brasília: 2015. Disponível em:

_____. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília: 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

_____. **Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993**. 4. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017, 155 p.

_____. **Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019**. Brasília: 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm.

_____. **Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021**. Brasília: 2021. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1319897295/lei-14238-21>.

BRANDÃO, L. M. **Psicologia hospitalar: uma abordagem holística e fenomenológica – existencial**. Campinas: Livro Pleno, 2000.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et. al. (Org). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Política de Saúde no Brasil**. In: Ana Elizabete Mota *et al* Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate** In Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. SP: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009.

_____. **A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e a ofensiva neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês e PEREIRA, Potyara A. P (Org.). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

Bray, F.; Ferlay, J.; Soerjomataram I.; Siegel R.; Torre L.; Jemal, A. **Estatísticas globais de câncer 2018: estimativas GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 cânceres em 185 países**. American Cancer Society, 2018. Nov. 68(6): 394-424.

BRENTANI, Marcelo M.; COELHO, Fernando R. G.; KOWALSKI. **Bases da Oncologia**. São Paulo: Lemar Livraria; editora Marina e Tecmed Editora, 2013.

BULLA, Leonia Capaverde. Relações sociais e questão social na trajetória histórica do Serviço Social Brasileiro. **Revista virtual textos & contextos**, n. 2, dez. 2003.

CARDOSO, I. C. C. **Restruturação Industrial e proteção social na transição dos anos 80 aos 90**. Rio de Janeiro: Uerj/FSS, 1993. Mimeo.

CARNEIRO, M. S **Crítica social e responsabilização empresarial: análise das estratégias para a legitimação da produção siderúrgica na Amazônia Oriental**. Cad. CRH [on-line], 2008, v.21, n.53, p. 321-333.

CARVALHO, M. C. B.; NETTO, J. P. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. São Paulo: Cortez, 2007.

CASSIN, Márcia Pereira da Silva. **Dependência e ultraneoliberalismo: as políticas sociais no Brasil pós-golpe de 2016**. Brasília: Revista Temporalis. 2022, n. 43, p. 17-33.

CASTRO, Tatiane de Cardoso e Mendes. **Judicialização de direitos sociais: contradições, desafios e potencialidades ao serviço social na defensoria pública do Estado de São Paulo**. Santos: UFSP, 2019.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Perfil de assistentes sociais no Brasil: formação, condições de trabalho e exercício profissional**. Brasília, 2022.

CHUPEL C. P.; MIOTO, R. C. T. **Acolhimento e serviço social**: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. Campinas: Revista Serviço Social e Saúde. 2010, v. 9, n. 10, p. 37-59.

COELHO, Marilene A. **Imediatividade na prática profissional do assistente social**. Rio de Janeiro: UFRJ, Escola de Serviço Social, 2008.

COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989, 385 p.

COMITÊ DE ÉTICA. **Ordem de serviço 01/2000 DG/HU, de 22 de agosto de 2000**. Regimento Interno. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe, 2011. Disponível em: <https://cep.ufs.br/pagina/3768>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466 de dezembro de 2012. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2012.

D'AGOSTINI JUNIOR, A.; CARVALHO, T. A. de; A relação público-privado na Assistência Social e Saúde. **Revista Simetria do Tribunal de Contas do Município de São Paulo**, [S. L.], v. 1, n. 7, p. 125-140, 2021. Disponível em: <https://revista.tcm.sp.gov.br/simetria/article/view/16>. Acesso em: 22 de maio de 2023.

DOIMO, Ana Maria. **Pluralidade religiosa à brasileira, associativismo e movimentos sociais em São Paulo**. In: AVRITZER, Leonardo. A participação em São Paulo. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

DUARTE, Janaína Lopes do Nascimento. **O Serviço Social nas organizações não-governamentais**: tendências e particularidades. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2007.

FALCONER, A. P. **A promessa do terceiro setor**: um estudo sobre a construção do papel das organizações sem fins lucrativos e do seu campo de gestão. 1999. 152 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 27, 1975.

FERNANDES, Rubem Cesar. **Privado, porém público**: o Terceiro Setor na América Latina. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

FILGUEIRAS, S.L.; DESLANDES, S.F. **Avaliação das ações de aconselhamento**: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. Caderno de Saúde Pública, v. 15, supl. 2, p. 121-31, 1999.

FIGUEIREDO, Viviane Maurício. **Serviço Social e Política de Saúde no Brasil**: estudo de uma experiência em um hospital universitário / Viviane Maurício Figueiredo; orientadora: Inês Terezinha Stampa. – 2011.

FLICK, U. **Uma introdução a pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, RS: Bookman, 2004.

FONSECA *et. al.* **Acolhimento**: um novo nome na diretriz do processo de trabalho ou uma mudança de atitude profissional? 2006 – Trabalho de Conclusão de Curso (Latu Sensu). Universidade Federal de Santa Catarina. Especialização em Saúde da Família.

FONTES, Virginia. **Sociedade Civil no Brasil contemporâneo**: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. In: neves, L. M. W; Lima, J. F. (Orgs). **Fundamentos da Educação Escolar no Brasil Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz / EPSJV, 2006.

FRAGA, Cristina Kologeski. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2010, n.101, pp.40-64. ISSN 0101 6628. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000100004>.

FRANCO, A. A reforma do Estado e o Terceiro Setor. In: PEREIRA, L. C. B. et al. (Org). **Sociedade e Estado em transformação**. São Paulo: editora Unesp; Brasília: Enap, 1999b. p. 273-289.

FREIRE, Silene Moraes. **Estado e Sociedade Civil no enfrentamento da questão social**. In: *Temporalis* nº 12. Revista da As. Bras. De Ensino e Pesquisa em SS. Brasília: ABEPSS, 2000, P. 51-71.

GARCIA, Joana. **Considerações sobre a campanha pela responsabilidade social das empresas**. In XI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Fortaleza: CFESS, 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GORENDER, Jacob. **A forma plantagem de organização da produção escravista**. In: STEDILE, João Pedro (org). **A Questão Agrária no Brasil: o debate na esquerda –1960-1980**. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

GUALDA, Judith. **A compreensão da doença e do doente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade do Processo do Serviço Social**. São Paulo. Cortez, 1995.

_____. **A instrumentalidade do Processo de Trabalho e Serviço Social**. Revista Serviço Social & Sociedade. Ano XX, nº 62. São Paulo. Cortez, 2000.

_____. **A dimensão técnico-operativa do exercício profissional**. In: SANTOS, C. M.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Orgs) **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. 2. Ed. Juiz de Fora: UFJF, 2013a. p. 45-74.

_____. **A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço**

Social. **Revista Conexão Geraes**. Belo Horizonte: CRESS-MG, ano 2, v. 2, n. 3, 2 semestre, 2013a.

_____. **A dimensão investigativa no exercício profissional**. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/Abepss, 2009. p. 701-718.

_____. Transformações societárias, serviço social e cultura profissional: mediações sócio-históricas e ético-políticas. In: MOTA, Ana Elisabete; AMARAL, Angela (Org.). **Cenário, contradições e pelejas no serviço social brasileiro**. São Paulo: Cortez, 2016b.

HAMILTON, G. **Teoria e prática do Serviço Social de casos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1958.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008. Cap. 1, 2 e 3. P. 15-96.

HORA, S.S. O sistema de garantia de direitos e proteção integral à criança e ao adolescente com câncer. In: **Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a experiência do assistente social em oncologia** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: Inca, 2017.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **A questão social no capitalismo**. Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. Nº 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

_____. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. Ensaio crítico, 2ª edição. São Paulo, Cortez, 1994.

_____. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1982. Ensaio crítico, 2ª edição. São Paulo, Cortez, 1994.

_____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional!** 3ª. Ed. – São Paulo, Cortez, 2000.

_____. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade**. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social Em questão. Brasília: CFESS, 2002.

_____. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 15ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional!** 7ª. Ed. – São Paulo, Cortez, 2004.

_____. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação**

histórico-metodológica. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Trabalho e Indivíduo Social**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 20. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **80 anos do Serviço Social no Brasil**: a certeza na mente, a história na mão. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 128, p. 13-38, jan./abr. 2017.

_____. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 12 Ed. São Paulo: Cortez, Lima, Peru, 1998.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. **Causas e tratamento do câncer**. Rio de Janeiro, 2016.

_____. **Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social**: a experiência do assistente social em oncologia. Rio de Janeiro, 2017.

_____. **Direitos sociais da pessoa com câncer**: orientações aos usuários. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2019.

_____. **O que é câncer**. Ministério da Saúde. Novembro, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>.

_____. **Como surge o câncer**. Ministério da Saúde. Agosto, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/como-surge-o-cancer>.

_____. **O que causa câncer**. Ministério da Saúde. Março, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-cao-causa-cancer>.

_____. **Estimativa 2020**. Ministério da Saúde. Dezembro, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/sergipe-aracaju>.

JUNQUEIRA, Luciana A. Prates. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor**. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, USP, v. 13, n. 1, p. 25 – 36, jan-abr, 2004.

KNECHTEL, Maria do Rosário. **Metodologia da pesquisa em educação**: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaberes, 2014.

KONOPKA, Gisela. **Trabalho Social de Grupo**. Tradução de Adolpho José da Silva. Ed Zahar: 1964. Título original: SOCIAL GROUP WORK: A Helping Process.

LANDIM, Leilah. Experiência militante: histórias das assim chamadas ONGs. In: LANDIM, Leilah (Org.). **Ações em sociedade**: militância, caridade, assistência, etc. Rio de Janeiro: NAU, 1998, p. 23-87.

LESSA, Sérgio. **Trabalho e proletariado no capitalismo contemporâneo**. São Paulo: Cortez, 2007.

LOURENÇO, Carolina de Miranda Evangelista. As condições de trabalho dos(as) assistentes sociais na proteção social básica no município de Paranaguá, Paraná. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2019.

LUKÁCS, G. P. V. **As Bases Ontológicas da Atividade e do Pensamento do Homem**. Revista Temas, São Paulo: Ciências Humanas, nº 4, 1978.

MACHADO, Graziela Sheffer. **O Serviço Social nas ONGs no campo da saúde: projetos societários em disputa**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 102, abril/jun., 2010.

MARTINELLI, M. L. (1993). **Notas sobre mediações**: alguns elementos para sistematização da reflexão sobre o tema. Serviço Social e Sociedade. (nº 43).

_____. **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999.

_____. **Serviço Social**: identidade e alienação. 9 ed. São Paulo: Cortez. 2005.

MARX, K.; ENGELS, F. **O capital**. 13. ed. Livro 1, v. I e v. II. Rio de Janeiro: Beltrand, 1989.

_____. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Cortez. 1998.

_____. **A ideologia alemã**. Teses sobre Feuerbach. São Paulo: Centauro, 2002.

MARTINS, Erikssonara Thalessa da Câmara. **O avanço do neoconservadorismo e a extrema-direita no Brasil**: uma análise a partir da Campanha Eleitoral de 2018 ao Governo Bolsonaro / Erikssonara Thalessa da Câmara Martins. - 2022.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS- ABRASCO, 2001.

MENEZES, Maria Ione Vasconcelos de. **Técnicas operativas do serviço social II**. / Maria Ione Vasconcelos de Menezes. Aracaju: UNIT, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Abrasco, 1993.

MENDES, M. V. C.; GOÉS, A. C. F.; BRAIN, F. R. M. **Crianças e adolescentes em tratamento oncológico**: uma análise sobre a visão do adiamento do início ou interrupção da educação escolar. Revista brasileira de cancerologia, 2018, 64(3): 301-309

MESTRINER, Maria Luiza. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. São Paulo: Cortez, 2011.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIOTO, Regina Célia Tomaso. **Família e Serviço Social: contribuições para o debate**. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 55. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. **Perícia social: proposta de um percurso operativo**. Revista Serviço Social e Sociedade, Ano XXII, n. 67, São Paulo: Cortez, p. 145-158, 2001.

MORAIS, Veronaldo de Lucena. **A contribuição das ongs no âmbito da saúde: o caso das mulheres mastectomizadas na cidade João Pessoa-PB**. Paraíba: UFP, 2010.

MORAES, Carlos Antonio de Souza. O Serviço Social brasileiro na entrada do século XXI: considerações sobre o trabalho profissional. **Serviço Social e Sociedade** [online], n. 127, p. 587-607, 2016.

MONTAÑO, Carlos. Das lógicas do Estado às lógicas da sociedade civil: Estado e Terceiro Setor em questão. **Revista Serviço Social & Sociedade**, Ano 20, n. 59, mar., 1999.

_____. **Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **O canto da sereia: crítica a ideologia e aos projetos do terceiro setor**. Carlos Montañó, (org). – São Paulo: Cortez, 2014.

NETTO, J. P. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. et. al. (Org). **Serviço Social e Saúde**. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Ministério da Saúde, 2009. P. 143-160.

_____. **Cinco notas a propósito da “questão social”**. Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. Nº 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

_____. **Crise do capital e suas consequências societárias**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012.

NEVES, José Luis. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades**. São Paulo: USP, Caderno de Pesquisas em Administração, v. 1, n. 3, 1996.

PAIVA, Beatriz Augusto. **Reflexões sobre pesquisa e processos de formulação e gestão**. In: CFESS/ABEPSS. Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: CEAD, 2000.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. In: **CADERNOS MARE da Reforma do Estado**. Brasília, DF: Ministério da Administração e Reforma do Estado. Vol. 1, 1997, p. 7-57.

PEREIRA, J. J. B. J.; FRANCIOLI, F. A. S. **Materialismo histórico-dialético**: contribuições para a teoria histórico-cultural e a pedagogia histórico-crítica. *Germinal: Marxismo e educação em debate*. Londrina: v. 3, n. 2, p. 93-101, dez. 2011.

PINTO, Élide Graziane. **Plano diretor da reforma do aparelho do estado e organizações sociais**: Uma discussão dos pressupostos do "modelo" de reforma do Estado Brasileiro. *Jus Navigandi*, Teresina, a. 5, n. 51, out. 2001.

PITARELLO, M. A. A documentação profissional: em questão o registro da prática profissional. São Paulo, mimeo, 2000.

_____. **Visita domiciliar**. São Paulo, mimeo, 1999.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social**: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social. 2.ed. rev. - São Paulo: Cortez, 1997.

_____. (2000). **Mediação**: categoria necessária para a prática do assistente social. (1a. ed.). Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social; Universidade de Brasília - CEAD. (Org.). *Capacitação Em Política social e Serviço Social*. V. 3.

_____. **Mediação e Serviço Social**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

RAICHELIS, Raquel. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. (p. 25-66). In: RAICHELIS, Raquel; VICENTE, Damaris; ALBUQUERQUE, Valéria. (Org.). **A nova morfologia do trabalho no serviço social**. São Paulo, Cortez: 2018.

RAIMUNDO, Jader Sebastião. **Procedimentos de gestão social na escuta qualificada**: elementos para um programa de formação continuada em serviço de saúde. Dissertação de mestrado. Belo Horizonte: Centro Universitário UNA, 2011.

REIS, D O.; ARAUJO, E. C. D.; CECÍLIO, L. C. D. O. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. In: **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**: SUS e pactos pela Saúde, 2006. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidad_e_4.pdf. Último acesso em: 27 de abril de 2023.

REY, Fernando Luis González. **As configurações subjetivas do Câncer**: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa. Centro Universitário de Brasília: Psicologia Ciência e Profissão, 2010,30 (2), 328-345.

RODRIGUES, Raquel Machado Pereira. **Serviço social no terceiro setor**: uma análise da prática do assistente social no sesc/Fortaleza e sua articulação com o

projeto ético-político. Fortaleza: Faculdade Cearense, 2013.

SALAMON, Lester (1997). **Estratégias para o fortalecimento do terceiro setor**. In: IOSCHPE Evelyn (org): 3 Setor: desenvolvimento social sustentado. Rio de Janeiro, paz e Terra.

SANTOS, C. M.; SOUZA FILHO, R.; BACKX, S. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: questões para reflexão. In: SANTOS, C. M.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Orgs) **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. 2. Ed. Juiz de Fora: UFJF, 2013. p. 21-44.

SANTOS, B. R. **A implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente**. Impasses da cidadania, IBASE, 1995.

SANTOS, Josiane Soares. **"Questão Social" - Particularidades No Brasil - Biblioteca Básica de Serviço Social**. Rio de Janeiro. Vol. 6. Cortez. 2012.

SARMENTO, H.B.M> **Instrumentos e técnicas em Serviço social: elementos para uma rediscussão**. Dissertação (Mestrado)- PUC/SP, 1994.

SCHERER-WARREN, Ilse. **ONGs na América Latina: Trajetória e perfil**. In: Viola, Eduardo J. et all. Meio Ambiente, Desenvolvimento e Cidadania: desafios para as ciências sociais. São Paulo. Cortez. 1995.

SCLAVI, M. **Arte di ascoltare e mondi possibili**. Traduzido por Valéria Giannella. Milano: Le Vespe, 2000.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul/dez. 1995.

SEIDL, Ernesto. **Disposições a militar e lógica de investimentos militantes**. Proposições (Unicamp), 2009.

SEIXAS, S. S. A. **As expressões do projeto ético-político profissional do Serviço Social e as particularidades do trabalho em empresa privada**. Recife: O Autor, 2007.

SHEIBEL, A.; FERREIRA, L.H. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.4, pp. 966-983, Salvador- BA, out/dez 2011.

SILVA, A. M. T.; BATISTA, G. A. B. **A instrumentalidade do serviço social na proteção social básica, parâmetros para uma reflexão: a realidade da prática do assistente social no CRAS/Aparecida**. Caratinga-MG: Faculdades Doctum, 2016.

SILVA JÚNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M. T.M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org).. **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 241-58.

SILVA, M. L. **Um novo fazer profissional**. Capacitação em serviço social e política social. Módulo 04: o trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília, CEAD, p. 112-124, 2000.

SILVA, Dulciléia Martins da; et.al. **A Atuação do Assistente Social no Acolhimento ao Paciente Oncológico**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Edição 8. Ano 02, Vol. 05. p. 39-51, Novembro de 2017.

SILVA, J. A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da Integralidade**: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R.; Mattos, R. A. de (org). Cuidado: as fronteiras da Integralidade. 3ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2006.

SILVA, Paulo Cesar Garré. **A ação coletiva**: o desafio da mobilização. Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais, Recife, v. 7, n. 2, 2018 (62-87).

SOUSA, Raquel Santos. **Filantropia e participação política no movimento do combate ao câncer infanto-juvenil em Sergipe**. São Cristóvão, 2010.

SOUSA, Salviana de Maria Pastor Santos. **A contribuição da política de assistência social no momento atual da pandemia de covid-19**. In: Democracia, desigualdades sociais e políticas públicas no capitalismo contemporâneo / Solange Maria Teixeira, Edna Maria Goulart Joazeiro, Organizadoras. – Teresina: EDUFPI, 2021.

SPOSATI, Aldaíza. **Vida urbana e gestão da pobreza**. São Paulo: Cortez, 1988.

_____. **Exclusão social abaixo da linha do Equador**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1998.

TORRES, Ricardo Lobo. **O direito ao mínimo existencial**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. A dimensão técnico-operativa no Serviço Social. In: **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda. (Orgs.). Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012.

UNBEHAUM, S. G.; A desigualdade de gênero nas relações parentais: o exemplo da custódia dos filhos. In: ARILHA M.; UNBEHAUM, S. G.; MEDRADO, B. **Homens e masculinidade**: outras palavras. 2. ed. São Paulo: ECOS, 2001. p. 163-184.

VALENCIA, Adrián Sotelo. **A precariedade do trabalho assalariado no capitalismo contemporâneo**. In: RTPS – Rev. Trabalho, Política e Sociedade, v. I, n.º 01, p. 119-130, jul./dez. 2016.

VALENTE, L. S.; SILVA, L. A.; NUNES, M. B. A.; TELES, M. A. P.; As expressões da questão social e suas formas de enfrentamento no cenário brasileiro e amazonense. **VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. MARANHÃO: UFMA, 2017.

VARGAS, Francisco Beckenkamp. Trabalho, emprego, precariedade: dimensões conceituais em debate. In: **Caderno CRH**, Salvador, v.29, n.º 77, p. 313-331, maio/ago. 2016. VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e Serviço Social**. o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

VELOSO, Renato. **No caminho de uma reflexão sobre Serviço Social e Gênero**. In: Revista Praia Vermelha. Estudo de Política e Teoria Social. V. 2, n. 4, Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

VENÂNCIO, J. L. **Importância da atuação no tratamento de mulheres com câncer de mama**. Revista brasileira de cancerologia, 2004, 50(1), 55-63.

VIANA, Luciana Carvalho. **As condições objetivas e subjetivas do trabalho do serviço social no hospital municipal de Rio das Ostras**. Rio de Janeiro: Universidade Federal de Fluminense, 2011.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Pobreza e exclusão social**: expressões da questão social no Brasil. Temporalis, Porto Alegre, ano II, n. 3, 2001.

_____. Fortalecendo a profissão na defesa de direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, nº 95, 2008.

_____. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social. In CFESS/ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social & Sociedade** [online]. 2012, n. 110, p. 288-322.

FONTES DOCUMENTAIS DA PESQUISA

LEVANTAMENTO DE RELATÓRIOS DE ESTÁGIO NO TERCEIRO SETOR DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM CÂNCER					
AUTOR	CAMPO SÓCIOOCUPACIONAL	TIPO	TÍTULO / PROJETO DE INTERVENÇÃO	INSTITUIÇÃO	ANO
JAMILLE BRITO LIMA	GACC	Relatório de estágio	Socializar, inteirar e informar os adolescentes cadastrados no Gacc- SE, dos seus direitos e deveres com e para sociedade	UNIT	2018
NARLA CARINE REIS DE OLIVEIRA	AVOSOS	Relatório de estágio	O programa bolsa família e as usuárias da avosos: socializando informações	UFS	2018
VIVIANE BARRETO MELO	AVOSOS	Relatório de estágio	Viver é vencer	UFS	2004
ANDREA FERREIRA MENEZES	AVOSOS	Relatório de estágio	Qualidade de vida: educação à comunidade	UFS	2001

MARIA DA CONCEIÇÃO BATISTA SOUZA	AVOSOS	Relatório de estágio	Programa fada madrinha: chegou a hora de trocar	UFS	2001
SANDY REGINA R. DE BRITO	AVOSOS	Relatório de estágio	Construindo cidadania com as crianças e adolescentes da casa de apoio à criança com câncer "Tia Ruth"	UFS	2001
KARINA FERNANDES	AVOSOS	Relatório de estágio	Acompanhando acompanhantes e pacientes oncológicos	UFS	2000

DOCUMENTOS ANALISADOS NA PESQUISA DOCUMENTAL DA AAACASE	
Comprovante de inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social	Formulário de empréstimo
Estatística 2022	Formulário de doação de cestas básicas
Estatuto Social	Formulário de doação de próteses mamárias
Formulário de cadastro	Lista de medicamentos
Relatório anual	Utilidade pública municipal
Utilidade pública estadual	Projetos e programas