

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

EMANUELLE SILVEIRA VOLKER

**DIMENSÕES CONSTITUTIVAS DA AÇÃO PROFISSIONAL:
PARTICULARIZANDO O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM
UNIDADES DE DIÁLISE**

Porto Alegre
2009

EMANUELLE SILVEIRA VOLKER

**DIMENSÕES CONSTITUTIVAS DA AÇÃO PROFISSIONAL:
PARTICULARIZANDO O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM
UNIDADES DE DIÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientador: Prof^a. Dra. Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre
2009

EMANUELLE SILVEIRA VOLKER

**DIMENSÕES CONSTITUTIVAS DA AÇÃO PROFISSIONAL:
PARTICULARIZANDO O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM
UNIDADES DE DIÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Maria Isabel Barros Bellini– PUCRS

Prof^a. Dra. Patrícia Krieger Grossi – PUCRS

Prof^a. Dra. Marilene Maia – UNISINOS

AGRADECIMENTOS

Neste momento, concluo uma travessia. Um caminho que inciou há dois anos, repleto de incertezas e inquietações; com dúvidas que se referiam desde a maturidade profissional para cursar o Mestrado até mesmo a questões metodológicas da pesquisa; dúvidas que foram sendo sanadas com o apoio de pessoas muito especiais e que foram fundamentais no meu processo de aprendizagem, na minha pesquisa, no espaço de trabalho onde me insiro, na minha vida.

*Agradeço, primeiramente, a **Deus**, que sempre me acompanha e me mostra o caminho a ser seguido.*

*Agradeço profundamente ao meu companheiro, ao meu **marido Hermes Volker**, por sua sensibilidade e amor. - Nos momentos mais difíceis tu me apoiaste e mostraste que era possível ser esposa, assistente social, estudante, mestranda. Foste o meu porto seguro.*

*- **Mãe, obrigada!** Obrigada por tantos exemplos, por toda motivação que tu me transmitiste em teus atos e palavras. O teu ingresso na Faculdade representou para mim “sonhos”; os quais eu também cultivava ao cursar o Mestrado em Serviço Social.*

*- **Pai, obrigada!** Obrigada pelo entusiasmo, fé, otimismo e bom humor!*

*- **Meu Irmão Endrigo, obrigada!** Obrigada por ter iluminado a minha história de vida com a tua presença, mostrando-me valores, caminhos, esperanças .*

*- À querida **Belinha**, orientadora que caminhou junto comigo, compreendendo e respeitando os meus momentos. Momentos de ler, momentos de estudar, momentos de falar, momentos de rir... Tu foste ímpar na minha formação.*

*- A todos os **assistentes sociais** que aceitaram participar desta pesquisa e que contribuíram com a tecitura desta Dissertação.*

*- Às minhas queridas **colegas e amigas** de trabalho da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de Canoas/RS.*

*- À **Aline Anza**, minha amiga inseparável, agradeço por tantos momentos que juntas compartilhamos: risadas, confidências, viagens, momentos.*

- Á você **Erika Soares**, agradeço pela delicadeza de sua disponibilidade em me ajudar.

- Á você **Manú**, amiga que conheci no Mestrado, querida e amável sempre!

- Ao **Programa de Pós-graduação da PUCRS** pela acolhida e afeição que trata seus alunos.

- Agradeço à **Banca de Avaliação desta Dissertação**, que aceitou prontamente o convite que lhes foi feito, enriquecendo este trabalho com sugestões e reflexões sobre o tema.

- Agradeço a **todas as pessoas** que de alguma forma contribuíram para a concretização deste momento. Pessoas estas, que foram fundamentais para meu processo de formação e amadurecimento profissional e pessoal.

MUITO OBRIGADA A TODOS!

"Mas o que via o operário
 O patrão nunca veria
 O operário via as casas
 E dentro das estruturas
 Via coisas, objetos
 Produtos manufaturados.
 Via tudo o que fazia
 O lucro do seu patrão
 E em cada coisa que via
 Misteriosamente havia
 A marca de sua mão.
 E o operário disse: Não!

— Loucura! - gritou o patrão
 Não vêes o que te dou eu?
 — Mentira! - disse o operário
 Não podes dar-me o que é meu.
 E um grande silêncio fez-se
 Dentro do seu coração
 Um silêncio de martírios
 Um silêncio de prisão
 Um silêncio povoado
 De pedidos de perdão
 Um silêncio apavorado
 Com medo em solidão

Um silêncio de torturas
 E gritos de maldição
 Um silêncio de fraturas
 A se arrastarem no chão.
 E o operário ouviu a voz
 De todos os seus irmãos
 Os seus irmãos que morreram
 Por outros que viverão
 Uma esperança sincera
 Cresceu no seu coração
 E dentro da tarde mansa
 Agigantou-se a razão
 De um homem pobre e esquecido,
 Razão porém que fizera
 Em operário construído
 O operário em construção"

(Vinícius de Moraes)

RESUMO

O presente estudo investiga o trabalho dos Assistentes Sociais junto a usuários com doença renal crônica em Unidades de Diálise de Hospitais e Clínicas de Porto Alegre/ RS. A amostragem desta pesquisa caracteriza-se por ser não probabilística intencional, pois os sujeitos foram selecionados pela facilidade de acesso a informação e pela disponibilidade dos mesmos em participar deste estudo (MARCONI; LAKATOS, 2003). Têm-se como sujeitos dessa pesquisa sete (7) assistentes sociais que trabalham em Unidades de Hemodiálise/Diálise Peritoneal.

Discutir sobre como se (re)inventa a ação profissional no “mundo do trabalho” hoje, foi o “pano de fundo” para a compreensão dos entraves e possibilidades expressas no cotidiano profissional da realidade investigada. A análise da Política de Saúde, tanto de sua história quanto de seu panorama atual, apresentou-se como fundamental para dialogar sobre os desafios que se colocam aos profissionais na contemporaneidade. Desafios que perpassam os distintos espaços sócio-ocupacionais e que, por vezes, se particularizam no âmbito da Saúde e nos espaços institucionais pesquisados.

Perceber a alienação/estranhamento, que perpassam os processos de trabalho que permeiam as Instituições, assinala que o trabalho profissional não se mostra meramente alienado, revelando um cotidiano profissional tencionado e tencionante entre a alienação e a desalienação, isto é, este estudo investigativo demonstra que, com os reflexos do “mundo do trabalho”, o cotidiano profissional constitui-se em um contaditório espaço de inquietações, interações, intervenções, desafios e motivações profissionais.

Palavras-chave: Trabalho; Processos de Trabalho; Política de Saúde; Doença Renal Crônica; Projeto Ético-Político do Serviço Social.

ABSTRACT

This study investigates the work of Social Workers with chronic kidney disease patients in dialysis units of Hospitals and Clinics of Porto Alegre. This research sample is characterized by not be an intentional probabilistic because the selected persons had ease access to information and their availability to participate in this study (MARCONI; LAKATOS, 2003). Seven (7) social workers who work in units of Hemodialysis/Peritoneal dialysis have been the subject of this research.

Discuss how to (re) invent the professional actions in 'the world of work' today was the 'background' to understand the obstacles and the opportunities establish into the reality of the daily work researched. The Health Policy analysis both historical and actual situation, presented itself as fundamental to talk about the challenges faced by the professionals in contemporaneity. Challenges that permeate the distinct social-occupational spaces and sometimes, it particularized into the Health matters and Institutional spaces researched.

Realize the alienation/strangeness that permeates work processes in the Institutions reveals that the professional work is not only alienated, showing a work routine in a tension between the alienation and none alienation. That means that this research study demonstrates that even with the reflexes of 'the world of work' the daily work is an area of concerns, interactions, challenges and professionals motivations.

Keywords: Work; Work Processes; Health Policy; Chronic Kidney Disease; Ethical-Political Project of Social Work.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Processo Metodológico da Pesquisa

18

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. | A PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL: INTERLOCUÇÃO COM O CONHECIMENTO | 15 |
| 2.1 | Caminhos da Pesquisa - a pesquisa enquanto alicerce da (re) construção do conhecimento | 16 |
| 2.2 | Abordagens da Pesquisa Qualitativa em Serviço Social | 19 |
| 2.3 | Caminhos Metodológicos: aproximações com a realidade | 22 |
| 2.3.1 | A Teoria Crítica: leitura das realidades sociais em movimentos históricos e contraditórios | 24 |
| 3 | O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS E A COMPLEXIFICAÇÃO DO MUNDO DO TRABALHO: PARTICULARIZANDO O ESPAÇO SÓCIO-INSTITUCIONAL | 29 |
| 3.1 | Determinações Concretas e Subjetivas da Crise do Trabalho: impactos no espaço sócio-institucional | 30 |
| 3.2 | Possibilidades e Desafios do Projeto Profissional do Serviço Social: a tomada de posição | 47 |
| 3.3 | Dimensões Constitutivas das Competências Profissionais | 57 |
| 4 | POLÍTICA DE SAÚDE E SUAS CONJUNTURAS TEMPORAIS: OBSTÁCULOS OU CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS PROMULGADOS? | 75 |
| 4.1 | As Múltiplas Funções das Políticas Sociais : as balizas no acesso aos direitos sociais | 76 |
| 4.1.1. | Percurso Histórico da Cidadania no Brasil | 81 |
| 4.2 | A Emergência da Política de Saúde no Brasil e Panorama Atual: construção de um processo inacabado | 87 |
| 4.3 . | Doença Renal Crônica e suas Particularidades | 111 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS - COMPROMISSOS E DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL NO ESPAÇO SÓCIO- | |

| | |
|--|------------|
| OCUPACIONAL | 121 |
| REFERÊNCIAS | 129 |
| APÊNDICE A - Formulário de Entrevista Semi-Estruturado | 143 |
| APÊNDICE B - Termo de Consentimento Informado | 148 |
| ANEXO A - Número de Unidades de Diálise e de Pacientes por Regiões do Brasil | 152 |
| ANEXO B - Gráfico Referente ao Total de Pacientes em Tratamento Dialítico por Ano no Brasil. | 153 |

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a população em Diálise vem aumentando, progressivamente, nos últimos anos, sendo que esse crescimento da prevalência da insuficiência renal crônica é multifatorial, apesar de estar relacionado com o aumento da idade da população e com a maior prevalência de *diabetes mellitas*. No Censo Brasileiro de 2002, conforme pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, foram cadastrados 54.523 usuários em tratamento dialítico (MORSCH, PROENÇA, e BARROS et. all., 2004, p.70). Este dado convoca-nos a discutir acerca dos direitos dos sujeitos com insuficiência renal crônica e, também, sobre a regulamentação e garantia de tratamento pelo Poder Público. Seis anos após 2002, verifica-se que a População Brasileira em Diálise triplicou, estando cadastrados, em Março de 2008, 186.113.880 pessoas em tratamento dialítico, conforme dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), disponibilizados no site da Sociedade Brasileira de Nefrologia. Na região Sul, que compreende o Estado do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, há 27.361.125 usuários com doença renal crônica em tratamento (Anexo A). Estes dados ilustram o aumento da população em Diálise, de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia¹ (Anexo B).

A promulgação da Constituição Federal Brasileira (1988), no Artigo 196, traz a saúde como um direito social e como um dever do Estado, sendo asseguradas a universalidade e a igualdade nos serviços de saúde.

A idéia de saúde, a sua concepção como um direito humano vêm desencadeando discussões pelo poder público e pela sociedade civil referentes à garantia da equidade, justiça e cidadania, imprescindíveis a qualquer definição programática no campo da saúde, reafirmando a necessidade de atuações interdisciplinares em instituições públicas e privadas deste âmbito.

¹ Informações disponível no site www.sbn.org.br

Atualmente, o debate do Serviço Social, na Saúde, vem acompanhado de referências quanto à Reforma Sanitária e ao Projeto Ético-Político da profissão, vinculação esta, muitas vezes, de difícil construção para os Assistentes Sociais, o que favorece as instituições a determinarem a direção das ações dos profissionais. Ressalta-se, assim, a qualidade dos profissionais que, em seus trabalhos, vêm criando novas formas de intervenção, dando respostas às demandas, impostas ao Serviço Social, que rompam com práticas que reproduzam o *status quo*, sendo que para isso se supõe competência política, teórica, técnica e ética (VASCONCELOS, 2003).

Desta forma, considera-se relevante compreender como, no cotidiano profissional, espaço privilegiado das intervenções, desenvolve-se o trabalho de assistentes sociais que se relacionam com usuários² portadores de uma doença que a cada dia adquire maiores proporções e que causa sofrimentos, tanto para o sujeito que a tem como para seu núcleo familiar. A realização desse tratamento não se constituirá em um evento transitório na vida do usuário, caracterizando-se pela cronicidade.

Ao considerar o crescimento da população em Diálise e suas repercussões sociais, psicológicas, educacionais, econômico-financeiras, políticas e de restrição de qualidade de vida, acredita-se ser relevante efetivar pesquisas sobre como vem se configurando o trabalho do Assistente Social na relação com os usuários e suas famílias, bem como com as equipes que se relacionam com esta patologia. Logo, se fez necessário verificar como se constituem as intervenções do profissional frente a esta realidade, cujas limitações acarretam sofrimentos e alterações nas relações interpessoais e de trabalho dos usuários. Investiga-se como o Projeto Ético-Político do Serviço Social se operacionaliza, se efetiva diante dessa realidade vivenciada pelo assistente social. A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal³ (2004) estabelece o acompanhamento do assistente social, entre outros

² Em consonância com o Código de Ética dos Assistentes Sociais, optou-se pelo termo “usuário” ao invés de cliente ou paciente. Segundo Vasconcelos (2002, p.35), os usuários são considerados integrantes da classe trabalhadora que, “(...) como sujeitos de direitos, agem, empreendem, intervêm”.

³ A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (2004) pode ser acessada no site www.sbn.org.br

profissionais, durante o período em que o usuário estiver vinculado ao Serviço de Diálise. Isto é, normatiza a relevância do assistente social em Clínicas de Diálise.

A existência de estudos e pesquisas sobre este tema foi uma de tantas preocupações: conhecer o que já existe, verificar qual o interesse que este tema desperta, aprofundar conhecimentos sobre as particularidades, as ações, os desafios e as tendências e possibilidades atuais no âmbito do Serviço Social. Assim, ao pesquisar no Banco de Dissertações da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), encontraram-se, apenas, 5 (cinco) Dissertações de Mestrado sobre Insuficiência Renal Crônica, elaboradas por diferentes faculdades da área de Saúde, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, entre 1999 e 2009, ou seja, na última década. Demonstra-se, assim, que apesar do aumento progressivo da população em Diálise, há um restrito número de produções sobre este tema.

Sobre as particularidades discutidas, nesta Dissertação, é importante a distinção entre particularidades e especificidades, pois o conceito de especificidade revela a dimensão exclusiva da profissão, devendo permear a todos e a cada um dos profissionais da categoria, o que não se pretende com este estudo. Esta busca da “especialização” do Serviço Social é empreendida a partir de uma perspectiva de pulverização e segmentação do real em “questões sociais”. Esta segmentação da realidade pode fazer com que o tratamento das “questões sociais” seja desenvolvido mediante instrumentos parciais compartimentados, materializados por meio das políticas sociais setoriais e pontuais que não conseguem apreender a totalidade do real (MONTAÑO, 2008).

O segundo capítulo apresenta o percurso metodológico da pesquisa. Decidiu-se por apresentar inicialmente este percurso, considerando que os dados são concomitantemente discutidos durante os capítulos que seguem. Desta forma, para fins didáticos, é possibilitada uma leitura dos dados da pesquisa juntamente com os adensamentos teóricos realizados. Assim, o leitor já se encontra apropriado dos passos metodológicos da pesquisa. Apresenta-se, neste capítulo, o quadro metodológico desta pesquisa, explicitando problema de pesquisa que mobilizou este estudo, as questões norteadoras que indagam sobre os objetivos específicos, além do objetivo geral desta pesquisa. Passa-se, ainda, por considerações acerca

da opção de pesquisa qualitativa, do método eleito e dos delineamentos metodológicos aplicados.

Para discutir como se desenvolve o trabalho dos assistentes sociais, bem como os processos de trabalho onde estes profissionais se inserem, apreendo-o de forma crítica, dialética e histórica, é apresentada, no terceiro capítulo, a dinâmica contraditória da órbita do capital⁴ na contemporaneidade. Esta análise é realizada a partir de desdobramentos teóricos e empíricos que desvendam como os assistentes sociais vêm desenvolvendo o seu trabalho na contracorrente do projeto neoliberal. Isto requer analisar a ação profissional, a partir do contexto histórico atual das relações e condições profissionais no “mundo do trabalho”. Ao mesmo tempo em que há particularidades no campo da Saúde, em intervenções com sujeitos em tratamento dialítico, há, também, balizas que contornam estas ações: o Projeto Ético-Político do Assistente Social. Desta maneira, os profissionais que participaram deste estudo se assemelham a outros por compartilharem de mesmos códigos de valores e por estarem permeados pela perspectiva do Capital-fetice⁵.

O último capítulo traz como panorama uma breve retrospectiva acerca do percurso histórico da Política de Saúde, analisando-a de forma a dar sustentação às discussões dos outros capítulos. Ao eleger o recorte desta pesquisa as Unidades de Diálise, que tratam sujeitos com doença renal crônica, apresentam-se subsídios sobre esta doença e os tratamentos indicados e escolhidos.

Por fim, são apontados, nas considerações finais, alguns compromissos e desafios que se colocam aos assistentes sociais e aos profissionais do âmbito da Saúde. Estes compromissos e desafios emergiram da pesquisa realizada, assentando-se, principalmente, na defesa dos direitos da população usuária e das conquistas acumuladas ao longo da história da profissão.

⁴ A subsunção da sociedade ao capital no período pós-moderno em que se vive é quando capital se faz totalidade, “subordinando a si a sociedade que produz e que consome”. (IAMAMOTO 2008, p. 52).

⁵ A discussão que consubstancia o “capital-fetice” se refere ao capital influenciando a vida do homem, imperando sobre a sua subjetividade e outras esferas de sua vida, conforme serão discutidos com maiores detalhamentos no terceiro capítulo (IAMAMOTO, 2008).

2 A PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL: INTERLOCUÇÃO COM O CONHECIMENTO

A trajetória desta pesquisa, em sua dimensão operativa, é aqui apresentada. O estudo foi mobilizado por um problema de pesquisa que fomentou a elaboração de questões norteadoras que indagam sobre os objetivos específicos, além do objetivo geral percorrido por esse processo investigativo. Por uma questão metodológica, organizou-se um quadro que sintetiza essas informações. Apresenta-se, ainda, a opção pela pesquisa qualitativa, o método escolhido e os passos metodológicos aplicados.

Muito embora possa causar estranheza aos leitores, acredita-se que esta opção de formatação, que coloca o capítulo da metodologia no início da Dissertação, irá auxiliar na compreensão dos caminhos desta pesquisa, assim como na apresentação e discussão dos dados que serão, posteriormente, abordados nos próximos capítulos.

Sobre a formatação desta Dissertação, acredita-se que a mesma facilitará a compreensão dos dados coletados nos capítulos que seguem, pois se verifica, a partir do segundo capítulo, se foram alcançados os objetivos propostos, bem como se responde à interrogativa do problema de pesquisa e questões norteadoras.

Além disso, buscou-se tecer um produto final que sistematizasse a nossa forma particular de revelar este estudo investigativo.

2.1 Caminhos da Pesquisa: a pesquisa enquanto alicerce da (re) construção do conhecimento

O quadro metodológico, que a seguir é apresentado, foi se modificando e se redesenhando ao longo do primeiro ano do Mestrado, expressando a nossa caminhada e nossa construção. Ao realizarmos as disciplinas do Mestrado, a participação nas aulas, os conteúdos das disciplinas, as trocas com os colegas, as

supervisões com o orientador, foi sendo possibilitado o amadurecimento sobre o que havia nos mobilizado a propor esta pesquisa. Ademais de estarmos sendo instrumentalizados sobre como nossa pesquisa deveria ter coesão (na articulação do problema de pesquisa, objetivo geral, objetivos específicos, e questões norteadoras) e consistência, no que se refere à revisão de literatura e nos subsídios que adensavam teoricamente a este produto final.

Quadro 1. Processo Metodológico da Pesquisa.

| | |
|--|--|
| Tema: O trabalho do assistente social com pessoas com doença renal crônica. | |
| Delimitação do tema: O tema a ser investigado refere-se à operacionalização do trabalho dos assistentes sociais, na área de Saúde, que intervém junto a sujeitos com doenças crônicas que realizam seus tratamentos em hospitais de Porto Alegre/RS. | |
| Problema de Pesquisa: Como se expressam as dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas, técnico-operativas e sócio-afetivas no trabalho dos assistentes sociais, que o efetivam junto a usuários com doença renal crônica em hospitais de Porto Alegre? | |
| Objetivo Geral: Investigar como se desenvolve o trabalho dos assistentes sociais, que intervém junto a sujeitos com doença renal crônica, identificando as dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas, técnico-operativas e sócio-afetivas, a fim de contribuir com subsídios que confirmam visibilidade a estas ações. | |
| Objetivos Específicos | Questões Norteadoras: |
| 1. Conhecer a operacionalização e a dinâmica do trabalho do assistente social em unidades de Diálise, identificando como o Projeto Profissional do Serviço Social se expressa no seu cotidiano de trabalho; | a) Qual é o trabalho realizado pelos assistentes sociais com os sujeitos em tratamento dialítico e como este profissional consegue ir além das rotinas e procedimentos institucionais, apreendendo o movimento da realidade em uma perspectiva crítica, tendo em vista tendências e possibilidades explícitas pelo Projeto Profissional? |
| 2. Identificar às dimensões ético-política, teórico-metodológica, técnico-operativa e sócio-afetiva no trabalho profissional, contribuindo com o aprofundamento de conhecimentos sobre esta temática. | b) Quais os elementos exógenos ⁶ ao Serviço Social que potencializam as dimensões teórico-metodológica, sócio-afetiva, técnico-operativo e ético-político no trabalho do assistente social? |
| 3. Investigar em que medida o trabalho do assistente social se ampara na Política de Saúde e nos princípios do SUS nestes espaços sócio-ocupacionais. | c) O trabalho profissional desenvolvido caminha em conformidade com a atual concepção de Saúde, conforme os princípios previstos pelo Sistema Único de Saúde? |

As questões norteadoras, que correspondem aos objetivos específicos, serão discutidas, a partir dos dados desta pesquisa, nos capítulos 3 e 4.

⁶ Consideram-se elementos exógenos ao serviço social aqueles que extrapolam as competências do profissional – elementos que não são “determinados pelo profissional” - e que acabam por condicionar seus processos

Ao definir o quadro metodológico desta pesquisa, dá-se visibilidade ao que nos mobilizava a investigar, e o que era latente frente à delimitação da temática. Optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa, sob os argumentos que serão apresentados a seguir.

2.2 Abordagens da Pesquisa Qualitativa em Serviço Social

A realidade vem sendo investigada desde os primórdios e das mais distintas maneiras que conseguissem explicá-la. Demo (1991) exemplifica esse processo ao inferir, como exemplo, os índios que utilizavam mitos para captar e explicar a realidade. Quando chovia, era porque os Deuses estavam irados e era essa sua vontade: fazer chover. Não obstante, para os índios, isso não se convertia em mito, já que acreditavam verdadeiramente nesta explicação, no que se refere aos motivos pelos quais chovia. Anteriormente, a religião também contribuiu nas tentativas de interpretação da realidade, concretizando-se através da Bíblia que visava, certamente, a explicar a gênese do “mundo, o homem e o mal” (DEMO, 1991, p.20).

Todavia, o que se chama de ciência, na contemporaneidade, vem a desmitologizar o que antes era concebido como explicação de certas realidades, porque não se acredita nem em mitos, nem em religião como formas de explicação. Assim sendo, a ciência é entendida como “processo de desmitologização e dessacralização do mundo, em favor da racionalidade natural” (DEMO, 1991, p. 20).

Parte-se do pressuposto de que o conhecimento da realidade é sempre parcial e imperfeito, dada sua complexidade e dinamicidade. A ciência busca, assim, conhecer essas realidades por aproximações sucessivas; e para agir sobre ela, avançando nos conhecimentos e descobrindo respostas sobre determinadas realidades. Nesta mesma perspectiva foi realizada esta pesquisa que, mais que

interventivos. Cita-se, como exemplo desses elementos, à hierarquia, as relações de poder, os limites institucionais, os princípios/missão da Instituição, etc.

apontar como vem se caracterizando os processos de trabalho em que os assistentes sociais se inserem, apresenta estes processos de forma dinâmica e processual, descortinando como as realidades macroscópicas condicionam o tempo miúdo do trabalho cotidiano (MARTINELLI, 2003).

Elegeu-se a pesquisa qualitativa para este estudo, ao acreditar que ela prima pela preocupação com o contexto, com o ambiente onde será realizado o estudo. Esta tipologia de pesquisa exige que os investigadores qualitativos freqüentem os locais a serem pesquisados a fim de não dissociar as palavras ou gestos do entrevistado de seu ambiente natural (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 50). Assim, foi realizada a entrevista *in locus*, com o intuito de perceber os profissionais em seus espaços de trabalho, no locais em que se desenvolvem os processos de trabalho, em cujos processos eles se inserem e produzem suas intervenções.

A pesquisa qualitativa, por ser eminentemente descritiva, atendo-se predominantemente em palavras⁷ e imagens e não em números, possibilitou que se aprofundassem as palavras e os sentidos destas nas entrevistas realizadas. Contudo, foram priorizadas questões consideradas mais relevantes que respondessem ao problema de pesquisa; que indicassem os significados que os assistentes sociais conferem aos seus processos interventivos, à Política de Saúde e ao Projeto Ético Político do Serviço Social. Afinal, o significado é de importância vital na abordagem qualitativa, enfocando-se qual significado é atribuído ou historicamente construído diante de determinado fenômeno (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 50).

O significado atribuído pelo sujeito assume, aos nossos olhos, vital importância na tentativa de desnudar o que certo episódio significou para ele, de forma particular e imbuído das particularidades do contexto onde se realiza o estudo.

Los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran

⁷ A palavra escrita assume particular relevância na abordagem qualitativa, tanto para o registro de dados como para a disseminação dos resultados (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 49).

variedad de materiales – entrevistas, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos – que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida das personas (GÓMEZ, 1996, p. 32).

De acordo com Gómez (1996), mais que contar opiniões ou pessoas, a pesquisa qualitativa tem por finalidade explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em voga, ou seja, através do contato direto com os sujeitos explorou-se o sentido que tem para os profissionais o objeto abordado e suas inter-relações com este. Relações estas que também perpassam os espaços sócio-institucionais e as condições de trabalho, as quais vêm sendo alteradas, significativamente, pelas reformas do Estado, implicando novos desafios que se colocam aos assistentes sociais.

Para captar essas inter-relações fez-se necessária uma perspectiva analítica, exigindo que realizássemos contextualizações sobre o “mundo do trabalho”, a Política de Saúde no Brasil, e sobre como a profissão vem se afirmando na contemporaneidade frente à tomada de posição ético-política que insurja na contracorrente dos processos de alienação, característicos da lógica contemporânea. Esta tomada de posição instiga-nos a romper com a dependência e despolitização que se institucionalizam em nossos cotidianos profissionais.

Como foi demonstrado, por meio do quadro metodológico, esta pesquisa qualitativa aportou subsídios quanto às dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas, técnico-operativas e sócio-afetivas, presentes nas estratégias que os profissionais desenvolvem, adequando-se às normas institucionais ou tentando ampliar, por meio de suas competências, seus espaços e condições de trabalho.

2.3 Caminhos Metodológicos: aproximações com a realidade

A análise crítica da realidade e dos sujeitos nela inseridos constitui uma das finalidades da pesquisa social no âmbito das ciências sociais aplicadas, área esta onde se inclui o Serviço Social. A relevância da investigação, consubstanciada em conhecimentos que venham a aprimorar o trabalho profissional, concretiza-se como uma mola propulsora para intervenções qualificadas no Serviço Social.

A partir da compreensão de que, mais que subsidiar uma reflexão do real, a pesquisa possibilita a transformação e a superação deste, será exposto o método, amostra, técnicas, instrumentos e análise de conteúdo que se acredita estarem em consonância com nossos valores enquanto pesquisadores. Então, optou-se por um estudo investigativo que se aproxima da característica do Serviço Social enquanto profissão interventiva, já que ao investigar-se como se expressa o trabalho dos assistentes sociais, contribui-se na qualificação da profissão, inspirada no Projeto Ético-Político do Serviço Social.

A metodologia de uma pesquisa constitui

(...) uma preocupação instrumental. Trata das formas de se fazer ciência. Cuida dos procedimentos, das ferramentas, dos caminhos. A finalidade da ciência é tratar a realidade teórica e praticamente. Para atingirmos tal finalidade, colocam-se vários caminhos. Disto trata a metodologia (DEMO, 1991, p. 19).

Sobre esses “vários caminhos” apontados por Demo (1991), abarcam-se as teorias utilizadas na leitura da realidade estudada: o trabalho dos assistentes sociais que direcionam sua prática profissional a sujeitos portadores de doença renal crônica, em tratamento dialítico, e as conjunturas determinantes e condicionantes deste trabalho. Para uma compreensão mais global dessa realidade experimentada pelo profissional-usuário, buscou-se conhecer esse fenômeno como uma totalidade, reconhecendo as distintas dimensões decorrentes da situação de Saúde e de todas as repercussões por ela refratadas. Identificando, também, a carga histórica que se reflete no trabalho dos assistentes sociais, no momento presente, bem como os seus

interesses e preocupações em sustentar suas práticas profissionais, embasadas no Projeto Profissional de Serviço Social.

A amostragem desta pesquisa caracterizou-se por ser não probabilística intencional, já que foram selecionados os assistentes sociais a serem investigados pela facilidade de acesso à informação, ou pela disponibilidade dos mesmos em participar deste estudo, dado o fato de que cada assistente social encontra-se em diferentes hospitais ou clínicas (MARCONI; LAKATOS, 2003). Desta forma, participaram desta pesquisa 7 (sete) assistentes sociais que trabalham em Unidades de Hemodiálise/Diálise Peritoneal. Foram realizadas entrevistas⁸ com formulários semi-estruturados⁹ (Apêndice A), os quais contemplavam as questões mais relevantes acerca da temática. Cabe salientar que alguns dos sujeitos entrevistados trabalham somente na Unidade de Diálise, enquanto outros atendem também demandas de outras Unidades determinadas pelo Hospital.

As entrevistas foram realizadas entre novembro de 2007, estendendo-se a março de 2008. Realizou-se 01 (uma) entrevista com cada profissional constituindo-se o conjunto total de 07 (sete) entrevistas. A duração de cada entrevista limitou-se entre 40min. e 1 hora. Entende-se que essa técnica -entrevista- permite um roteiro preestabelecido com perguntas abertas, além de possibilitar a autonomia do entrevistador, quando constatada a relevância de explorar com mais intensidade uma questão que possa surgir e que deva ser agregada ao estudo (MARCONI; LAKATOS, 2002).

⁸ A entrevista é “um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados, ou para ajudar no diagnóstico, ou no tratamento de um problema social”. (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 92).

⁹ A entrevista, com o instrumento semi-estruturado, parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam a pesquisa, apesar de oferecer um vasto campo de interrogativas passíveis de serem questionadas no momento da entrevista (PRATES, 1999).

2.3.1 A Teoria Crítica: leitura das realidades sociais em movimentos históricos e contraditórios

Embasado na perspectiva teleológica, o paradigma dialético crítico, fundado no materialismo histórico-dialético, orientou e sustentou o presente estudo. Parafraseando Lefebvre (1991), sabe-se que a busca constante do método dialético crítico é a leitura do real através do movimento que engendra as contradições, que faz com que essas se choquem, se confrontem e que concomitantemente se superem. Desta forma, salienta-se que:

(...) na verdade, o que mais nos encanta na teoria e no método marxiano é exatamente a profundidade da pesquisa intrinsecamente relacionada e direcionada para a realidade social e para as ações concretas com vistas à sua transformação (PRATES, 2003, p.4).

Nesta perspectiva, objetivou-se conhecer o trabalho dos assistentes sociais entrevistados diante dos processos de trabalho onde se inserem, com vistas a compreendê-los na sua profundidade, ou seja, na

(...) convicção de que, por detrás do imediato, há uma outra coisa que, ao mesmo tempo, se dissimula e se expressa nesse imediato; que o imediato é apenas a constatação (ainda insuficiente e abstrata, nesse sentido), da existência da coisa; e que nós atingiremos “algo” mais real: o próprio ser, sua “essência” (LEFEBVRE, 1991, p.216).

Não abstando-nos das primeiras impressões/sensações que esses profissionais nos transmitiram em um primeiro contato, conscientes de que esses sujeitos não se revelariam em toda a sua realidade, à primeira vista, e de que não existe uma regra absoluta para compreendê-los no emaranhado de relações que são estabelecidas no *locus* profissional, e diante dos fatores condicionantes dos seus trabalhos, desnudaram-se as configurações do trabalho do assistente social diante das particularidades da doença renal crônica.

Como pesquisa científica, se fez necessária uma opção de método¹⁰ científico para sua validação. Decidiu-se, portanto, como já foi explicitado, pela utilização do método dialético crítico para a investigação, já que este

(...) penetra o mundo dos fenômenos através de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade (MARCONI; LAKATOS, 2003, p.106).

Verifica-se, portanto, na percepção de Lefebvre (1991) o real como móvel, múltiplo, diverso e em constantes embates e contradições, em que os sujeitos podem transformá-lo, segundo suas ações. Nesta direção se fez relevante compreendermos o trabalho dos assistentes sociais como algo que não é estanque, imóvel, e sim como um processo em construção e com uma carga histórica que muitas vezes ainda determina este trabalho. Não obstante, acredita-se em possíveis superações - transformações. Esta contradição dialética que se desnudou no trabalho dos profissionais de Serviço Social

(...) tem sua raiz profunda no conteúdo, no ser concreto: nas lutas, nos conflitos, nas forças em relação e em conflito na natureza, na vida, na sociedade, no espírito humano. Não apenas, a identidade imóvel, não basta e não se basta como também, no real e no pensamento, A torna-se necessariamente, ao mesmo tempo A' e não-A', depois A'', etc (LEFEBVRE, 1991, p. 192).

Esta reflexão de Lefebvre (1991) converge para a análise de que os assistentes sociais vão (re) construindo seus processos interventivos, à medida que vão desenvolvendo suas ações. Ao mesmo tempo, os fatores que compõem essas conjunturas que estão para além do trabalho profissional, também vão resignificando os processos de trabalho que permeiam a ação profissional.

A cotidianidade, a historicidade, a contradição e a totalidade foram as categorias dialéticas utilizadas para a leitura da complexidade, decorrente do objeto

¹⁰ Conceitua-se método como "o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo - conhecimentos válidos e verdadeiros - traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões" (MARCONI; LAKATOS, 2003, p.106).

deste estudo, principalmente para compreender o movimento que o profissional realiza no seu “fazer profissional”, de construção e reconstrução de conhecimentos que iluminam sua prática profissional. Por esta ótica, a finalidade mais ampla desta pesquisa foi captar a transição, a relação, a conexão viva, a contradição dialética da operacionalização da práxis desenvolvida (LEFEBVRE, 1991).

Por meio da causalidade, que é sempre qualitativa, far-se-á possível entender o trabalho dos assistentes sociais no *lócus* de intervenção, compreendendo-o em um contexto macro social, que extrapola muros institucionais, já que um

(...) fenômeno qualquer só pode ser o devir do mundo em sua totalidade. Estudar um fato, querer conhecê-lo, é - depois de o ter discernido, isto é, isolado pelo menos uma parcialmente- restituí-lo num conjunto de relações, que se estende paulatinamente a todo universo (LEFEBVRE, 1991, p. 198).

Para compreender o trabalho dos assistentes sociais da amostra selecionada, tendo em vista os fenômenos que o perpassam (que por vezes determinam esse trabalho), entendendo-o de forma histórica e emaranhado de contradições, foi necessário examinar como vem se delineando a trajetória dos assistentes sociais, enquanto categoria profissional. A prática profissional vem sendo, “ao longo do tempo, influenciada pelo contexto cultural particular de cada época” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 107). Através da categoria da historicidade nos foi possibilitada uma leitura de realidade mais consistente do real, identificando como a gênese do Serviço Social, o seu processo de reconceituação/ negação do conservadorismo, e as influências modernas (neoliberais) refletem no trabalho desempenhado pelo profissional. Essas discussões são apresentadas nos Capítulos que seguem, concomitantemente com extratos de falas que ilustram essas reflexões.

Além das categorias dialéticas, as quais deram sustentabilidade ao estudo e permearam toda sua estruturação, elegeram-se categorias explicativas da realidade, as quais são apresentadas *a posteriori*. Como categorias explicativas da realidade, aquelas que auxiliaram na compreensão dos fenômenos estudados, elegeu-se as categorias **Trabalho, Processo de Trabalho, Política de Saúde e Projeto Profissional**, pois se acredita que estas subsidiaram a tessitura de reflexões e apontamentos sobre o tema. Realizou-se, assim, revisão bibliográfica de forma

sistemática e continuada, visando a garantir, paulatinamente, o estudo destas categorias.

No que concerne aos cuidados éticos para a realização desta pesquisa, se fez necessária autorização, por parte destes profissionais, do Termo de Consentimento Institucional, bem como imprescindível a sensibilização dos mesmos perante a proposta do estudo. Isto requereu o início de contatos com os profissionais, a fim de justificar o interesse pela temática, bem como a apresentação do Projeto de Pesquisa.

Para o início da pesquisa, fez-se necessário obter a aprovação da Comissão Científica do referente Programa de Pós Graduação, assim como do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Para a coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa (assistentes sociais), foram necessários seus consentimentos a partir de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), o qual foi apresentado no primeiro contato com esses sujeitos, constando neste documento uma síntese geral da finalidade da pesquisa. Ainda nesse primeiro contato com os profissionais, explicou-se sobre quais técnicas e instrumentos seriam utilizados neste estudo investigativo, dirimindo possíveis dúvidas que emergiam frente a coleta de dados da pesquisa.

Considerando que a pesquisa possui como seu valor fundante subsidiar processos sociais, por meio de seu potencial transformador, há o comprometimento com a visibilidade dos resultados da pesquisa no intuito de ampliar conhecimentos frente ao trabalho dos profissionais de Serviço Social. Como consequência deste estudo, pretende-se realizar a produção de artigos e materiais científicos sobre a temática, cujos trabalhos, posteriormente, serão encaminhados à publicação, visando a tornarem coletivos os conhecimentos construídos por meio da divulgação dos resultados desta pesquisa.

Em virtude das características do material qualitativo, coletado por meio das entrevistas semi-estruturadas, optou-se pela Análise de Conteúdo apresentada por Bardin (1977). Essa se caracteriza por:

(...) um conjunto de técnicas de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a interferência

de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Por último, cabe salientar que a socialização de resultados, feita por meio da devolução dos dados analisados, além de se constituir em elemento relevante para o método dialético crítico, foi realizada no intuito de contribuir com a qualificação do trabalho do assistente social por meio de sua consciência crítica sobre este. Para isto, assume-se o compromisso de dar visibilidade aos dados coletados, por meio de publicações (artigos/periódicos da área), e, também, convidando os sujeitos envolvidos na pesquisa para assistirem à Banca Final de apresentação da Dissertação de Mestrado.

3 O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS E A COMPLEXIFICAÇÃO DO MUNDO DO TRABALHO: PARTICULARIZANDO O ESPAÇO SÓCIO-INSTITUCIONAL

O propósito deste capítulo é dialogar com o leitor sobre como a sociedade burguesa vem apreendendo as relações sociais, a partir dos reflexos da produção capitalista e da produção exponenciada das desigualdades sociais. Este debate retoma fundamentos sobre a questão do trabalho na dinâmica contraditória da órbita do capital¹¹. Evidencia-se, nos fragmentos das entrevistas realizadas com os profissionais, como estes vêm percebendo suas intervenções nas dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa, ético-política e sócio-afetiva. Discutir sobre o trabalho profissional implica analisá-lo na totalidade das relações e condições em que são esculpidos os indivíduos concretos. Estes profissionais estão condensados em suas particularidades e nas particularidades dos espaços sócio-profissionais.

Os itens que seguem se propõem, então, a apresentar o significado social do trabalho profissional do assistente social, pois esse significado social é condicionado por “um processamento não idêntico, nas diferenciadas condições em que se materializa esse trabalho porquanto em relações sociais distintas” (IAMAMOTO, 2008, p. 215). Isto é, compreendendo o que particulariza e o que assemelha o trabalho profissional do assistente social em Unidades de Diálise dos distintos *locus* de trabalho dos profissionais de Serviço Social.

¹¹ A subsunção da sociedade ao capital no período pós-moderno em que se vive é quando capital se faz totalidade, “subordinando a si, a sociedade que produz e que consome” (IAMAMOTO, 2008, p. 52).

3.1 Determinações Concretas e Subjetivas da Crise do Trabalho: impactos no espaço sócio-institucional

Discutir o “Trabalho do Assistente Social” impõe dialogar, primeiramente, a partir da categoria “Trabalho”, já que é a partir desta categoria que se processam todas as ações profissionais de forma processual e em determinado tempo histórico. Esta é a categoria base da questão social, matéria-prima da profissão, indissociável da história e identidade do Serviço Social. Compreender esta categoria e descortinar suas contradições impera como um desafio profissional, instigando e mobilizando estudos e pesquisas. Em face de sua relevância, uma significativa parcela de estudiosos do Serviço Social vem dedicando progressivamente estudos sobre este tema.

Levando em consideração que nesta pesquisa investigou-se como se desenvolve o trabalho dos assistentes sociais, que intervêm junto a usuários com doenças crônicas, foi fundamental a compreensão da categoria “trabalho”, à luz de autores que subsidiam esta discussão.

O trabalho, enquanto atividade humana, “é um processo de que participa o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza” (MARX, 1983, p. 202). Logo, a utilização da força de trabalho nas atividades humanas representa o significado do próprio trabalho. Também em uma perspectiva relacional, o trabalho possibilita ao seres humanos relacionarem-se. Além desta relação, permite o desenvolvimento histórico dos homens; isto porque os homens, em cada dia, renovam a sua própria vida, ao criarem outros homens, ao se reproduzirem, ao se transformarem (MARX, 1993).

O trabalho, nesta perspectiva apontada por Marx (1993), resulta na transformação da realidade e, ao mesmo tempo, do indivíduo e sociedade envolvidos, já que, ao construir o mundo objetivo, o indivíduo também se transforma, adquirindo sempre novas habilidades, conhecimentos, competências. Pressupondo-se, exclusivamente, o trabalho humano, ele é “atividade resultante do dispêndio de

energia física e mental, direta ou indiretamente voltada à produção de bens e serviços” (CATTANI, 2002, p. 341).

Iamamoto (2008) destaca a relevância de dirimir equívocos acerca de como vem sendo tratada a questão do “trabalho”, descortinando que:

(...) na redução da análise do trabalho na sociedade capitalista ao trabalho concreto, de qualidade determinada e, conseqüentemente, ao processo técnico-material de trabalho, voltado à produção de valores de uso que responde às necessidades sociais determinadas (p. 54).

Como nos demonstra Iamamoto, o trabalho é reduzido a uma dimensão técnico-material, silenciando as relações sociais desencadeadas por esse processo e os desdobramentos históricos na constituição do capital, o qual acaba por ser “mistificado como coisa, obscurecendo o processo de (re) produção das relações sociais, atualizando velhos dilemas da economia política clássica e vulgar” (IAMAMOTO, 2008, p. 54).

Mesmo sendo todo ato de trabalho voltado para o atendimento de uma necessidade concreta, historicamente determinada, de acordo com um tempo histórico, torna-se indispensável reter uma dupla indissociável dimensão de análise sobre trabalho: “a existência material das condições de trabalho e a forma social pela qual se realizam” (IAMAMOTO, 2008, p. 56). As conseqüências objetivas e subjetivas dessa compreensão não se limitam à produção do objeto imediato, mas se estendem por toda a história da humanidade, já que serão constantes as expressões e produções teleológica¹² humanas.

O trabalhador é equiparado a mercadorias, numa relação desproporcional com o que produz, pois equivale menos, se produz mais. Sabe-se que “o trabalho não produz apenas mercadorias; produz também a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria, e justamente na mesma proporção com que produz bens” (MARX, 1970, p. 159).

¹² Conforme Iamamoto (2008, p. 349), a dimensão teleológica “é a capacidade do homem de projetar antecipadamente na sua imaginação o resultado a ser alcançado pelo trabalho (...)”.

As conseqüências acima descritas consubstanciam-se no fato de que o “trabalhador se relaciona ao produto do seu trabalho como a um objeto estranho”. Esta alienação estende-se no “processo de sua produção, no interior da própria atividade produtiva” (MARX, 1970, p.161). Desta forma o “o indivíduo chega a auto-alienar de suas possibilidades mais próprias, vendendo, por exemplo, sua força de trabalho sob condições que lhe são impostas (...)” (ANTUNES, 1995, p. 160).

Por sistema de alienação entende-se ser um processo social, continuamente em construção, pelo qual a humanidade produz sua própria desumanidade, negando a essência humana e a essência do trabalho como toda atividade humana. Este sistema é decorrente de como vem se configurando o “mundo do trabalho” hoje. Emerge ao passo que o “homem torna-se mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais sua produção aumenta em poder e extensão” (MARX, 1970, p.159).

Nesta perspectiva, o que vemos caracterizar cada vez mais a sociedade é uma valorização do “ter” ou ainda que “a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta à desvalorização do mundo dos homens” (MARX, 1970, p.159). Esta desvalorização do “mundo dos homens” pode ser compreendida, no cotidiano profissional, que será discutido posteriormente, como as atividades que os assistentes sociais desenvolvem sem saber a direção que estão tomando, correndo o risco de ser reduzido a um mero “técnico”, delegando a outros a busca e definição dos fundamentos teórico-metodológicos, éticos e políticos da profissão (IAMAMOTO, 2004).

Mesmo ao se utilizar a expressão “trabalhador livre”, legitima-se a discussão acima apontada ao significar que “a venda da força de trabalho torna-se a única alternativa do trabalhador livre para obter, através do salário, sua sobrevivência” (CATTANI, 2002, p. 343).

No formulário de entrevista da pesquisa em discussão, uma das questões versava sobre o significado atribuído pelos assistentes sociais à categoria “Trabalho”, o que se demonstrará identificando os assistentes sociais pela expressão “AS seguido de um número de 1 a 7”.

Na análise das respostas sobre a concepção de “trabalho”, percebe-se que algumas delas reiteram a exigência da “relação salarial” para o trabalho humano, o que pode ser verificado nas seguintes falas:

“Trabalho é uma realização pessoal, de fazer o que se gosta. É poder reunir remuneração com o que se gosta de fazer” (AS1).

“Relação de quem oferece e de quem se prontifica a trabalhar por um salário. Exige relação salarial” (AS2).

Desta forma, a vinculação da questão “trabalho” com renda, remuneração e sobrevivência, foi demonstrada nos dados colhidos, considerando as falas dos profissionais acima destacadas. Sabe-se que, atualmente, o desemprego é uma das expressões da questão social que mais impacta na realidade social brasileira, além de ser crescente e atingir profissionais de diferentes níveis de formação e de profissionalização. O emprego, hoje, se expressa em um trabalho precário, sem proteção social e com flexibilização de direitos trabalhistas, sendo que nestas condições e sob esta lógica é que trabalham os profissionais entrevistados.

Ainda sobre esta discussão, é apresentado por Cattani (2002, p. 71) que a “população desempregada compreende os indivíduos que se encontram numa situação involuntária de não-trabalho, por falta de oportunidade de trabalho, ou que exercem um trabalho irregular com desejo de mudança”. Percebe-se que há um alargamento na concepção do autor: ele chama a atenção para o desemprego da população, agregando que esta população desempregada expressa desejo de mudança frente sua situação trabalhista, uma vez que é considerada à margem da sociedade.

Os depoimentos apontam-nos para a visão de que o trabalho, hoje, é compreendido a partir de seu deslocamento, na posição central na vida dos sujeitos, resignificando em seu sentido mais amplo e, sobretudo, reduzindo o valor da força de trabalho, tendo em vista a maximização da eficácia produtiva, o que, posteriormente, ficará evidenciado por outros extratos de falas dos sujeitos participantes desta pesquisa. Por mais que os profissionais consigam dialogar e se

articular sobre as condições de trabalho desprotegidas e fragilizadas, parece permanecer no plano discursivo a mobilização e um envolvimento participativo dos profissionais, permanecendo, na essência, um trabalho “alienado e estranhado” (ANTUNES, 1995, p. 52).

A sobrevivência também aparece como uma necessidade dos indivíduos, o que lhe exige “ser produtivo” para garanti-la, como demonstra um dos profissionais entrevistados:

“Trabalho é uma atividade para garantir a sobrevivência e também o modo de se inserir na sociedade de forma produtiva. O trabalho é fundamental para a auto-estima, dignidade. Quando não se trabalha, se sente excluído” (AS3).

Este, entre outros depoimentos, se remete a “emprego” ao invés de “trabalho”, ou seja, limitando o trabalho a uma relação trabalhista que se conformaria em emprego. O período histórico contemporâneo, decorrido há três séculos de predomínio da sociedade industrial, revela que

(...) o trabalho passa a assumir um conteúdo crescentemente intelectual, em contraposição ao conceito de trabalho físico, manual. Aumenta a importância da informação, do trabalho imaterial, em contraposição ao conceito convencional de trabalho, centrado na idéia de transformação da natureza. Para alguns estudiosos, teria chegado o momento de separarem-se, novamente, os conceitos de trabalho, emprego, identidade social e individual (CATTANI, 2002, p. 65).

O autor demonstra o cenário atual, onde se confundem conceitos como trabalho e emprego, como foi percebido neste estudo.

Os assistentes sociais, assim como outros tantos trabalhadores, acabam por desenvolver uma práxis polivalente e multifuncional, cumprindo as exigências impostas pelas Instituições detentoras do monopólio da ação profissional. É importante assinalar, no entanto, que

(...) se, por um lado, a Instituição tem o monopólio do objeto e dos recursos institucionais, se é ela quem define o significado objetivo do papel do profissional e a expectativa que existe em relação a ele, por outro lado, é o modo particular, subjetivo, como o profissional elabora a sua situação

na Instituição, estabelecendo a sua própria ordem de relevâncias, que vai dar sentido ao seu trabalho (BAPTISTA, 1993, p. 113).

Isto quer dizer que o poder institucional se contrapõe à autonomia (relativa, como destaca IAMAMOTO, 2008) dos profissionais, contribuindo, assim, para uma linha muito tênue entre emprego/desemprego, expressa, principalmente, pelas facilidades patronais em despedir e utilizar trabalhadores eventuais, o que gera uma constante insegurança para a classe assalariada. Desta forma, o desemprego apresenta-se sob múltiplos aspectos: como expressão da questão social; na constituição do elevado número de trabalhadores ativos que compõe o exército de reservas; na insegurança no trabalho e emprego. Ter consciência desta classe excluída, “reserva”, acaba também por condicionar o trabalho desenvolvido pelos profissionais, ocasionando tensões decorrentes desta configuração do “mundo do trabalho”.

De acordo com Antunes (1999), no apogeu do taylorismo/ fordismo, o status da empresa mensurava-se pelo indicador quantitativo de número de operários que nela exerciam suas atividades. Hoje, contudo, a realidade aponta que na

(...) era da acumulação flexível e da empresa enxuta, merece destaque e são citadas como exemplos a serem seguidos aquelas empresas que dispõem do menor contingente de força de trabalho e que apesar disso têm maiores índices de produtividade (ANTUNES, 1999, p. 53).

A produtividade¹³ é percebida por nós, a partir da realização desta pesquisa e de nossa trajetória profissional, como uma expressão utilizada para avaliar o desempenho profissional. Para profissões que trabalham com relações, vínculos, subjetividade dos sujeitos, é mais complexo mensurar como essa produtividade opera e que impactos ocasiona para os usuários. De acordo com o que vai ser posteriormente abordado, os assistentes sociais não vêm trabalhando com indicadores que mensurem os seus processos interventivos.

¹³ Para conceituar “produtividade”, é apresentada uma conceituação de um profissional da área das ciências exatas, muito embora a discussão seja voltada para como se processa a avaliação da produtividade nas ciências sociais aplicadas. Para Campos (1992), aumentar a produtividade é produzir cada vez mais e/ou melhor, com cada vez menos.

Muito embora chame a atenção como o trabalho é associado, imediatamente, à questão salarial, outros fragmentos apontam o trabalho como forma de realização, satisfação e como possibilidade de criação:

“São ações que qualificam e dignificam a vida, buscando sempre ser sujeito de sua história” (AS5).

“ Conquista, qualidade de vida” (AS6).

“ Complemento de vida, vital...” (AS7).

Em um dos depoimentos é verbalizado que “trabalho” representa “complemento de vida” (AS7), ou seja, necessário para os usuários, para suas vidas, sendo vital para as realizações pessoais. Nesta busca de realizações pessoais, que acontece através do trabalho, ocorrem “transformações” para o profissional e para o sujeito de sua intervenção, compreendendo-se, portanto, o caráter relacional que o trabalho possibilita ao ser humano e que o diferencia de qualquer animal. É pelo trabalho que o ser humano se supera e se reinventa na sua condição humana, tornando-se indispensável analisá-lo sob um prisma que não priorize, somente, a técnica, mas ressalte a importância do caráter social do trabalho.

A percepção do “trabalho” como toda expressão humana, como toda e qualquer atividade, é verbalizada mais claramente em apenas uma das falas, a qual menciona que

“(…)trabalho é uma maneira de me realizar, é a minha transformação e a transformação dos usuários, das pessoas, das equipes, já que é através das relações que vamos aprendendo e revendo algumas coisas...” (AS4).

É explicitado que através do trabalho ocorrem “transformações” para o profissional e para o sujeito de sua intervenção, reiterando-se o caráter relacional que o trabalho possibilita ao ser humano e reafirmando que, através do trabalho, os homens (enquanto espécie humana) afirmam-se como criadores. Não apenas como criadores, os homens imperam-se como “um indivíduo que age consciente e

racionalmente, visto que o trabalho é atividade prático-concreta e não só espiritual” (IAMAMOTO, 2008, p. 350).

Fica evidente que somente alguns entrevistados consideram trabalho como uma relação na qual os seres humanos se ressignificam em sua subjetividade, reconhecendo-se enquanto ser criativo e pensante de seus próprios atos. Salientar o potencial transformador do trabalho humano, afirmativa acima destacada, configura-se como uma das críticas apontadas por Marx (1993), sobre os filósofos da época, no que se refere a não apenas interpretar o mundo, mas sim a transformá-lo, o que se pode também aplicar ao Serviço Social, dado seu cunho interventivo e transformador.

O cunho econômico presente na interpretação do que é o “trabalho” se faz presente em várias falas. À luz de Marx e Engels (1998):

(...) os economistas que seguiram a vertente inaugurada pelo pensamento liberal utilizaram a economia (o impulso individual para a sobrevivência e para o ganho) como a chave explicativa para a existência humana. Essa proposição segue inalterada até hoje: o pensamento de cunho liberal transforma o impulso para o ganho em única explicação para todos os atos da vida humana (p. 170).

Ao observar as falas dos assistentes sociais, destaca-se a contradição que acompanha a humanidade em toda sua evolução histórica: o trabalho como um elemento de crescimento e de auto-construção e ao mesmo tempo como elemento de alienação; o trabalho que liberta é o mesmo que aprisiona os sujeitos; lhe ensina e lhe tolhe em sua criatividade e capacidade de construção. É percebido como “complemento de vida” e como uma “relação salarial”: são os opostos em luta, em movimento, convivendo conjuntamente e perpassando, praticamente, todas as esferas de atuação profissional.

O trabalho, paulatinamente significando “complemento de vida” e “relação salarial”, deveria também possibilitar o “afloramento para uma vida dotada de sentido fora do trabalho” (ANTUNES, 1999, p. 174). Sobre essa idéia assenta-se uma das questões centrais do “mundo do trabalho” hoje, apresentada por Antunes(1999): a redução da jornada de trabalho para o trabalhador. Afinal, por meio de uma carga horária adequada para o profissional, lhe é possível

desenvolver suas potencialidades fora do trabalho. O sujeito estando cheio de sentido, fora do trabalho, supõe uma vida dotada de sentido dentro do trabalho. Além disso, com a redução da jornada de trabalho se diminuiria brutalmente o desemprego estrutural, já que todos trabalhariam menos para trabalharem todos.

Visando a aprofundar os múltiplos fatores/condicionantes que permeiam o trabalho dos assistentes sociais que se relacionam com sujeitos em “terapia substitutiva da função renal”, buscaram-se referenciais teóricos que abarquem a dinâmica do “mundo do trabalho” atual, já que presencia-se, no cotidiano do trabalhador, que a resstruturação produtiva é responsável por introduzir,

(...) um novo cenário que traz diversas formas de precariedade no mundo do trabalho, tal como o dismantelamento dos direitos e da proteção social dos trabalhadores. Associado a isso surge o desemprego e, também, as novas formas de relações de trabalho, que ganham legitimidade através do emprego provisório, do trabalho temporário e parcial, do retorno ao trabalho a domicílio, da tercerização e da precarização das condições de execução das atividades, dentro de um processo que tensiona determinismo capitalista e autonomia dos trabalhadores (ALMEIDA, 2004, p. 43).

Sabe-se que o assistente social, para realizar de forma crítica o seu de trabalho, sendo capaz de desvelar as demandas e compreendê-las como processuais, deve articular a profissão e o seu trabalho com o contexto social, econômico, cultural e político do país. Com isto, poderá ultrapassar a análise do Serviço Social em si mesmo, para situá-lo “no contexto das relações mais amplas que o condicionam e lhe atribuem características peculiares” (NETTO, 1999, p. 89).

Tendo em vista as transformações históricas da sociedade presente, sabe-se que, para compreender a profissão como parte dessas transformações, se faz necessário “transpor o universo estritamente profissional, isto é, romper com uma visão endógena da profissão, prisioneira em seus muros internos” (TEIXEIRA, 2006, p. 167). Entendendo, assim, como essas transformações condicionam o trabalho do assistente social que trabalha junto a sujeitos com doença renal crônica, com todas suas particularidades, desvendando que esses fatores são intrínsecos ao fazer profissional e afetam as condições e relações de trabalho,

bem como as atribuições, competências e direcionamentos do trabalho interventivo.

É preciso, antes de continuar estas reflexões, ressaltar o “trato mecânico do processo de trabalho do assistente social”, o que vem sendo permeado por discussões voltadas a ótica liberal do indivíduo isolado, como se fosse possível realizar um processo de trabalho abstraído das relações sociais que os condicionam (Iamamoto, 2008, p. 59). O processo de trabalho apreendido desta forma é concebido em uma perspectiva individual na sua “prática”, sendo minimizado pelos elementos constitutivos que o compõe.

Afinal, o “fazer profissional” do trabalhador de Serviço Social teve, historicamente e por longo período, o distanciamento entre o saber e o fazer, como é possível identificar na história do Serviço Social. Contudo,

As alterações no “mundo do trabalho”, na esfera do Estado, nas políticas sociais, no perfil do trabalhador, estabelecem novas mediações que se expressam nas condições objetivas (materiais e espirituais) sobre as quais a instrumentalidade do exercício profissional se desenvolve e condicionam as respostas profissionais. Com essas mudanças nunca uma realidade social esteve tão propícia aos individualismos e, portanto, à razão instrumental (GUERRA, 2000, p. 10).

Tal razão instrumental leva, muitas vezes, os assistentes sociais a perceberem os seus desafios profissionais, voltados para a aplicabilidade e adequação dos instrumentos às situações trabalhadas, o que pode causar um olhar do Serviço Social em uma perspectiva endogenista. Os sujeitos entrevistados, nesta pesquisa, atribuem seus desafios e entraves do trabalho desenvolvido, muito mais direcionados às rotinas de trabalho, ao “aqui/agora” da ação profissional do que a um sentimento coletivo - da categoria - com a garantia dos direitos sociais. Por estarem inseridos em um contexto social influenciado pelos reflexos do “mundo do trabalho”, que traz em suas marcas o individualismo e a fragmentação do trabalho, os assistentes sociais ainda desenvolvem muitas ações voltadas para o “indivíduo isolado”, fortalecendo a lentos passos o “coletivo”.

Neste contexto, torna-se importante conhecer os fenômenos como uma totalidade que tem diferentes dimensões e que se relaciona com totalidades

maiores. Afinal, ao olharmos para uma mesma questão, a enxergamos por distintos ângulos complementares que se articulam dentro de uma totalidade: são as dimensões políticas, filosóficas, sociológicas, demográficas, institucionais e culturais (BAPTISTA, 2003).

Uma das motivações que conduziu à concretização deste estudo foi o interesse em conhecer a abordagem profissional, principalmente na operacionalização de seus saberes, teorias e competências na prática profissional, com usuários em tratamento substitutivo da função renal, considerando os reflexos do “mundo do trabalho” contemporâneo no trabalho dos profissionais.

Um questionamento que atravessa a formação acadêmica do aluno de Serviço Social e prolonga-se para sua intervenção (do profissional) é que na “prática a teoria é outra” (BAPTISTA, 1993, p. 110). Em uma retrospectiva recente - da década passada - ao olharmos para a década de 90 (noventa), percebem-se os impasses e tensões decorrentes do deslocamento entre os processos formativos e o fazer profissional e o de ambos em relação à realidade social do país e de conjunturas maiores. Desejando encontrar saídas que abarcassem com efetividade a ação profissional, foram adotadas iniciativas e estratégias que podem ser resumidas nas seguintes competências:

a) Conhecimentos teórico-metodológicos, como forma de descobrir os meios para efetivar a prática. Essa concepção teoricista da profissão, subestimando as situações concretas da realidade, passava ao largo das questões do cotidiano da prática profissional.

b) Engajamento político nos movimentos da sociedade civil e nas instâncias organizativas, supondo que, desta forma, estaria sendo realizada uma prática profissional vinculada às necessidades das classes subalternas, redundando na identificação entre militarismo e ação profissional.

c) Capacitação técnico-operativo como maneira de responder às demandas provenientes do mercado de trabalho. Desvinculada da dimensão teórico-metodológica e ético-política que referencia o projeto profissional, resulta numa prática tecnicista e voluntarista, balizada pelo pragmatismo (NETTO, 2000, p. 110).

Sabe-se da existência de um quadro sócio-histórico¹⁴ que não se reduz a um pano de fundo do trabalho profissional, permeando de diferentes maneiras os

¹⁴ O quadro sócio-histórico reitera as transformações históricas da sociedade presente, quando para compreender essas transformações se faz necessário romper com uma visão endógena da profissão, buscando compreender que as transformações implicam diretamente a ação profissional. A análise crítica desse quadro

aspectos anteriormente citados. “Ele atravessa e conforma o cotidiano profissional do assistente social, afetando as suas condições e as relações em que se realiza o exercício profissional, assim como a vida da população usuária dos serviços sociais” (TEIXEIRA, 2006, p. 167).

Por “Processo de Trabalho”, como categoria central em Serviço Social, considera-se “todo fazer profissional que abrange metodologias, utilização de arsenal técnico da profissão, estabelecimento de diretrizes de ação, e comunicação e de prestação de serviços aos usuários” (GENTILLI, 1998, p. 25). Não obstante, este estudo empreendeu investigar de que maneira se materializam esses elementos no cotidiano do assistente social que trabalha com usuários em tratamento dialítico, estendendo essa investigação para os processos de trabalho onde os assistentes sociais se inserem e que permeiam o seu trabalho.

Agregando-se novas informações sobre esta concepção, processo de trabalho pode representar:

A atividade voltada para a produção de valores de uso para a satisfação de necessidades humanas, independente das formas sociais que assuma e das relações sociais de produção. Seu significado é eminentemente qualitativo, e refere-se à utilidade do resultado do trabalho. Já do ponto de vista do produto como processo de produção, assume um significado quantitativo, e supõe um modo definitivo de relações de produção que determinam as condições sociais nas quais se realiza o trabalho (CATTANI, 1995, p. 182).

Considera-se, no geral, que o processo de trabalho, independente das relações sociais e das formas sociais que assuma, é uma atividade voltada para a produção de valores os quais vão ao encontro das necessidades humanas. Ele produz e reproduz as relações capitalistas: onde de um lado está o assalariado e do outro o capitalista (CATTANI, 2002).

Inspirando-se na obra de Marx (1983), salientam-se os elementos componentes do processo de trabalho:

nos convoca a um “diagnóstico não liberal sobre os processos sociais e a profissão neles inscritos”, afirmando, assim, a centralidade do trabalho pautado na questão social e nas múltiplas expressões, bem como nos direitos sociais consubstanciados em políticas sociais universais (TEIXEIRA, 2006, p.167)

- 1). A atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho;
- 2). A matéria a que se aplica o trabalho, o objeto do trabalho;
- 3). Os meios do trabalho, o instrumental do trabalho (p. 202).

Iamamoto (2008) vem, em sua última obra, explicitar que não concebe existir o “processo de trabalho do assistente social na ótica liberal do indivíduo isolado”; o que a literatura produzida pelo serviço social, nas últimas décadas, vinha abordando de forma erigida como sendo o “processo de trabalho do Serviço Social” (IAMAMOTO, 2008, p. 59). Nesta perspectiva apontada pela autora

O processo de trabalho é reduzido ao conjunto de operações realizadas pelo assistente social individualmente na sua prática, segundo os cânones liberais, abordado nos elementos gerais constitutivos de qualquer processo de trabalho, em qualquer sociedade (meios de trabalho, objeto de trabalho ou matéria-prima e o próprio trabalho), abstraído das relações sociais e de propriedade pelas quais é realizado (IAMAMOTO, 2008, p. 59).

Portanto, optou-se por discutir o trabalho do assistente social e os processos de trabalho onde ele se insere, reconhecendo-se o significado sócio-histórico e ideopolítico que permeiam os espaços ocupacionais. Significado social este que depende das relações que o profissional estabelece com os sujeitos sociais que o contratam”, o que não torna idêntico este significado frente às condições particulares e frente às relações sociais distintas que se atravessam no trabalho profissional.

Discutir “o trabalho do assistente social” remete a uma discussão anterior cuja pauta é compreender a gênese da profissão. Montaño (2007) apresenta duas teses opostas sobre a natureza da profissão, buscando, na gênese do Serviço Social, elementos que alicerçam essas teorias. A primeira se refere a uma perspectiva endogenista, a qual sustenta a origem do Serviço Social na organização e profissionalização de formas de ajuda, de caridade, de filantropia. Nesta tese, a profissão é entendida a partir de si mesma, como se a história da sociedade não tivesse fundamento e causalidade na emergência do Serviço Social e na permanência desta profissão no cenário contemporâneo.

Desta forma, não se considera o contexto social, econômico e político como determinante da profissão. Em uma perspectiva histórico-crítica, há uma segunda tese interpretativa da gênese do Serviço Social. Nela, a profissão não se explica por si própria, mas pela posição que o assistente social ocupa na divisão social e técnica do trabalho. Ou seja, a profissão é vista como um produto histórico da sociedade, contextualizada com a realidade social, produto e produtora das relações sociais (MONTAÑO, 2007).

Ao considerar as teses apresentadas por Montañó (2007), com a proposta de discutir a gênese do Serviço Social, surgem reflexos de como a profissão ainda é percebida pela categoria e pela sociedade como um todo, inclusive tendo que, cotidianamente, afirmar quais são suas competências, como demonstra uma das falas colhidas nesta pesquisa: “(...) às vezes temos que dizer que certas coisas não são nossas funções”(AS 3) – menciona um assistente social sobre uma atividade que poderia um assistente administrativo, por exemplo, realizar. Este fragmento aponta para dados importantes sobre como vem se configurando o trabalho dos assistentes sociais, bem como sobre as exigências do mercado de trabalho que revelam uma tendência que privilegia a busca da eficiência técnica da ação profissional, voltada para as exigências técnicas do mercado de trabalho. Isto vulnerabiliza o esforço de imprimir, no trabalho profissional, uma dimensão teórico-metodológica e ético-política, contribuindo para a formação de um perfil profissional, forjado pelas exigências de modernização, pelo tecnicismo e pelo voluntarismo ético-político (NETTO, 1996).

Ao considerar o Assistente Social inserido, enquanto categoria profissional, no “mundo do trabalho”, marcado pelas exigências de modernização e pela precarização das condições de trabalho significa reconhecer que os Assistentes Sociais também são trabalhadores e que, em geral, sofrem todas as consequências impostas pelas metamorfoses do “mundo do trabalho”. Essas consequências condicionam o desemprego estrutural, redução dos postos de trabalho, precarização das relações de trabalho, redução de direitos, exigência de um trabalhador polivalente, entre outros (KIST, 2008, p. 55). Ou seja, as condições salariais e contratuais ocasionam impactos nas ações profissionais, impactos estes imbuídos

por conseqüências de poucos profissionais contratados para executarem demandas que não estão comportadas na carga horária do profissional.

Atualmente, uma das dificuldades mais freqüentemente encontradas pelos profissionais de Serviço Social é que por um lado ele tem de responder às atuais requisições do mercado de trabalho submetido às novas modalidades de organização dos processos produtivos, em contrapartida, cabe desenvolver novas competências e “legitimidade social para o enfrentamento das demandas emergentes, sobretudo daquelas que vão consolidar as novas forças de produção e de reprodução da força de trabalho” (NETTO, 1999, p. 106).

Verificaram-se, em nossa pesquisa, apontamentos sobre aspectos que dificultam o desenvolvimento do trabalho dos assistentes sociais. Emergiram falas que tanto se referem à precarização das relações de trabalho quanto às próprias condições de trabalho. Diante dos possíveis entraves que se colocam no cotidiano profissional, os entrevistados destacam:

“Fico só uma vez por semana na Clínica” (AS 2).

“Os recursos humanos (como entrave), nós não temos psiquiatra, não temos espaço físico para realizar grupo de familiares ou pacientes”(AS 4).

“Não tenho dia certo na Clínica, mas é uma vez por semana. Além disso tenho dificuldade de comunicação com a equipe” (AS 6).

“Demandas muito intensas, como o hospital é 24 horas, acumula muitas demandas para as 40 horas dos profissionais. Temos poucos profissionais para o número de demandas atendidas, falta espaço físico na Hemodiálise (não há sala para o atendimento), mas também nunca foi solicitado” (AS 7).

Mencionar “demandas muito intensas”, ou “precariedade nas condições de trabalho (salas de atendimento)” , como demonstra as falas acima descritas, se remete para o quanto os empregadores dos profissionais determinam as necessidades sociais que o trabalho do assistente social deve responder. Estas determinações acabam por incidir nos atendimentos do Serviço Social, interferindo,

assim, nas condições em que se operam estes atendimentos. Estas condições de trabalho, assemelham o assistente social à coletividade de classe trabalhadora, já que é “nesta condição de trabalhador assalariado que o assistente social se integra” (IAMAMOTO, 2008, p. 215). Ou seja, é em uma relação de compra e venda em que a força de trabalho do assistente social acaba por ser mercantilizada, e a atividade profissional, distintamente de uma ação voluntarista, se estabelece em uma relação contratual. Isto pode, muitas vezes, ocasionar conflitos para o assistente social que vê tensionada sua autonomia profissional. As condições que peculiarizam o trabalho do assistente social ao mesmo tempo o colocam em um mesmo movimento que permite a continuidade da sociedade de classes e cria as possibilidades de transformação desta sociedade (IAMAMOTO, 2004).

Em contrapartida, os profissionais mencionam que a autonomia e o reconhecimento do assistente social são imprescindíveis para ações qualificadas na área, e que o Serviço Social “têm carta branca da administração da Instituição, além de flexibilidade de horários”. A profissional interpreta ainda que isso é consequência do “bom conceito do serviço social no local”. (AS 4).

É possível que essa flexibilidade de horário, percebida como autonomia, também esteja encobrindo a precarização no trabalho, já que é exigido do profissional atendimentos a demandas que não comportam em sua carga horária. Ou ainda, tratar-se de falta de legitimidade de espaço de atuação profissional. Se a Instituição contrata o assistente social para um turno, uma vez na semana, entende-se que gestor deste hospital ou clínica não tem clareza da dimensão do trabalho do profissional, até por que há muitas ações que poderiam ser desenvolvidas (programas, projetos, serviços) e que não são; questão expressa pelos próprios assistente social.

O que vem mascarado pelo discurso de “flexibilidade de horário” pode estar representando o não reconhecimento, por parte institucional, do profissional de Serviço Social, o que pode ser motivado pela própria falta de clareza do assistente social, da equipe em que trabalha, da Instituição e do usuário de qual é o papel e quais são as particularidades do trabalho do assistente social em uma Unidade de Diálise. Cabe salientar, no entanto, que a Política Nacional de Atenção ao Portador

de Doença Renal Crônica (2004)¹⁵ determina que tanto o psicólogo quanto o assistente social necessitam estar presentes 8 (oito) horas diárias na Clínica ou Unidade de Diálise, exigindo que as Instituições contratem estes profissionais por 30 (trinta) ou 40 (quarenta) horas. Além disso, é pontuado por esta Política que somente o psicólogo e o assistente social atenderão a todos os usuários que solicitarem seus serviços na clínica, diferentemente de outros profissionais, como médicos e enfermeiros, que têm determinado o número máximo de usuários que poderão atender. Este dado pode indicar tanto a maximização e valorização de profissionais “clínicos” (médicos e enfermeiros), que trabalham diretamente com a Saúde física do usuário, quanto os avanços que se espera que ocorram frente ao reconhecimento de profissionais, como assistentes sociais e psicólogos, com carga horária suficiente para o desenvolvimento de seus trabalhos, de forma não precarizada ou ainda descontinuada.

Ainda sobre a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica cabe ressaltar que os sujeitos entrevistados não revelaram, nas entrevistas realizadas, conhecer ou utilizarem-se desta Política como baliza para suas ações profissionais. Essa ausência de informações e relatos sobre esta Política aponta para a restrita disseminação desta e de suas normativas nos equipamentos de Saúde.

Iamamoto (2008) destaca como sendo uma de suas preocupações atuais, no Serviço Social, o processo de realização do trabalho específico do assistente social no âmbito da organização social e técnica do trabalho. O assalariamento, como um determinante essencial para o assistente social, sintetiza tensões “entre o direcionamento que o assistente social atribui a este exercício e as exigências dos empregadores aos seus trabalhos assalariados especializados” (IAMAMOTO, 2008, p. 254). Presencia-se um cenário de recursos, condições e meios de trabalho cada vez mais escassos para as políticas e serviços sociais públicos, em que o assistente social é exigido na viabilização destes direitos sociais. Há, de acordo com Iamamoto

¹⁵ Disponível no site www.sbn.org.br

(2004), um redimensionamento do exercício profissional do assistente social, já que ele se efetiva pela mediação do trabalho assalariado.

Contudo, a autora ressalta que há a possibilidade de imprimir direção social ao exercício profissional, o que se remete para a autonomia relativa que é conferida ao assistente social, com respaldo juridicamente regulamentado pela Lei de Regulamentação da Profissão e pelo Código de Ética.

Como o que norteia e guia a ação profissional do Assistente Social é o Projeto Ético-Político, investigaram-se, nesta pesquisa, questões que desvendam como o assistente social percebe este Projeto, o que aponta para a incerteza, por parte da categoria profissional, do que é expresso e do que é exigido ao Assistente Social a partir deste.

3.2 Possibilidades e Desafios do Projeto Profissional do Serviço Social: a tomada de posição

O Projeto Profissional do Serviço Social, como nos aponta Iamamoto (2008), é historicamente datado, fruto e expressão de amplos debates pela redemocratização da sociedade e do país, o que contou com constantes lutas operárias. Frente a este quadro de mudanças, no Brasil, principalmente na década de 70 (setenta), agregado a movimentos de resistências populares, se estabelece um horizonte de preocupações de ordem teórico-prática, no âmbito do Serviço Social brasileiro, exigindo novas respostas profissionais. Nesse ínterim, o solo histórico impôs “como necessário um amplo movimento de renovação crítica do Serviço Social, que derivou em significativas alterações nos campos do ensino, da pesquisa e da organização política-corporativa dos assistentes sociais” (IAMAMOTO, 2008, p. 223).

Nessa direção, considerando a história da profissão – o que determina também a história dos seus Projetos Profissionais - , entende-se que o Serviço Social se configura e (re)configura no âmbito das relações entre o Estado e a sociedade, fruto das transformações nos processos de produção e reprodução da vida social que institui limites e possibilidades ao exercício profissional.

No que tange à realidade brasileira, Iamamoto (1994) caracteriza o período anterior ao ano de 1964 como sendo a “herança conservadora do Serviço Social”; e, posterior a 1964, destaca o que se convencionou chamar de “atualização da herança conservadora” e busca de “ruptura” com a herança conservadora.

Cabe salientar, contudo, que a busca de ruptura com o conservadorismo surge apenas no Brasil na década de 1980, com o período de efervescência política marcado pela redemocratização do país, o que tornava favorável àquela conjuntura a categoria profissional a pensar uma direção estratégica vinculada a um projeto de mudança da ordem social estabelecida, legitimada pelo pensamento de Marx e à luz da teoria histórico-crítica, em favor de um novo projeto societário, comprometido com as transformações societárias.

É evidente a relevância do Assistente Social ter clareza de seu Projeto Ético-Político, já que este confere a normatização para um trabalho profissional consistente e em conformidade com os preceitos éticos da profissão, representando, pois, uma auto-imagem desta. A efetividade do trabalho profissional, nos rumos aludidos por este projeto, impõe ao profissional ser:

(...) crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais. Exige-se, para tanto, compromisso ético-político com os valores democráticos e competência teórica-metodológica na teoria crítica em sua lógica de explicação da vida social (MOTA; BRAVO; UCHOA, 2006, p. 193).

Por competência metodológica, salienta-se que o profissional necessita estar voltado para as novas perspectivas de ação para o Serviço Social, conseguindo realizar articulação das teorias do Serviço Social com a intencionalidade de sua *práxis*, afinal, o Serviço Social caracteriza-se por ser eminentemente interventivo. Essa articulação entre teoria e prática profissional é destacada por Silva (1995), ao considerar a aproximação do Serviço Social com o Marxismo, conferindo a este uma relação dialética entre conhecimento e ação. A compreensão da perspectiva teórico-metodológica prevê “identificação explícita dos fundamentos teóricos de sua prática profissional”, articulando o domínio de teorias do Serviço Social com as ações profissionais cotidianas, apreendidas em suas totalidades (SILVA, 1995, p. 191).

Para tanto, é preciso que o Assistente Social se utilize de seu instrumental técnico-operativo, de maneira adequada às necessidades da população usuária, reconhecendo quais técnicas profissionais e instrumentos irá utilizar para alcançar a finalidade de sua ação.

Entende-se que a legitimação da profissão foi socialmente construída, o que não aconteceria sem uma série de elementos que constituem o seu Projeto Ético-Político

(...) que vão desde a criação e materialização de Leis específicas da profissão, que lhe garantem atribuições e competências próprias, até as diversas formas de organização da categoria, seja através dos órgãos de orientação e fiscalização do exercício da profissão, como CFESS/CRESS, ABEPSS, ou Sindicatos, Associações, entre outros. No que se refere às Leis, destaca-se a Lei de Regulamentação da Profissão, que dispõe de uma maneira geral sobre o exercício profissional, como as atribuições do Assistente Social e a função do CFESS e dos CRESS e o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais(...) (KIST, 2007, p. 59).

Na direção apontada por este arsenal de Leis e formas de organização da categoria, entende-se o ethos profissional como uma construção coletiva e permeada por conflitos e contradições, fundada de maneira processual e histórica, sabendo-se que é face as demandas típicas da sociedade capitalista que a ética profissional se objetiva. Portanto, é necessário compreender como a ética profissional, norteadada pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social, se revela no cotidiano de trabalho do assistente social.

O Projeto Profissional do Serviço Social, assim como outros de extração progressista

(...) são resultantes da luta dos trabalhadores contra o imperialismo norte-americano, contra as ditaduras e a favor da democracia, da liberdade, dos valores sociocêntricos em contraposição aos valores individualistas e visam à redução das desigualdades sociais. Com isso queremos reafirmar a vinculação do projeto ético-político da profissão com a luta mais ampla dos trabalhadores (GUERRA, 2000, p. 30).

Essa luta mais ampla dos trabalhadores só é possível e viável, a partir da evidência do Projeto Profissional como uma construção coletiva da categoria, na interface com outros Projetos Societários, que compartilham valores de

reconhecimento, de liberdade e de emancipação humana. Pensar coletivamente estratégias de enfrentamento de uma realidade complexa, descortinando potencialidades ocultas, desvendando os entraves e os desafios que se colocam, cotidianamente, ao assistente social, desocultando os processos de alienação e de pertencimento social, é vivenciar e reinventar o Projeto Ético-Político nos campos de trabalho.

Ainda que muito recentes, as discussões sobre o que vem se denominando pela categoria de Projeto Ético-Político do Serviço Social, na gênese da profissão, já se verificava a determinação de um Projeto Profissional, o qual se caracterizava pelo cunho conservador e atribuído pela burguesia.

No entanto, quando surgem, no Brasil, os primeiros resultados dos projetos societários, inspirados no neoliberalismo (resultados que, aliás, reproduzem o que tem ocorrido em todo o mundo: privatização do Estado, desnacionalização da economia, desemprego, desproteção social, concentração de riqueza, etc), fica claro que o projeto Ético-Político do serviço social tem futuro, e tem futuro porque aponta precisamente para o combate (ético, teórico, político e prático-social) ao neoliberalismo, para preservar e efetivar os valores que o informam (NETTO, 2000, p. 104).

Tal Projeto Profissional do Serviço Social, para se afirmar na sociedade contemporânea, ganhando solidez e reconhecimento por parte da categoria que o legitima e por outras categorias profissionais, exige que ele seja reconhecido como coletivo e como capaz de se materializar a partir da organização dos assistentes sociais. Organização esta que tem como princípio basilar o compromisso com a igualdade social, o que pressupõe uma transformação societária que se contraponha ao reino das desigualdades (NETTO, 2007).

Netto (2007, p. 19) reafirma uma necessária “transformação social radical em escala mundial, erodindo os suportes da sociedade capitalista e abrindo a transição para outra ordem social”. A caracterização das desigualdades sociais e/ou da pobreza não se esgota ou reduz a aspectos socio-econômicos; ao contrário, trata-se nos dois casos, de problemáticas pluridimensionais, apesar de ser condição elementar partir-se do aspecto sócio-econômico para explicá-las (NETTO, 2007).

Há uma incompatibilidade explícita entre a dinâmica capitalista e a redução das desigualdades sociais - compromisso dos assistentes sociais - pois o capitalismo contemporâneo mostra-se cada vez menos capaz de suportar reformas que viabilizem a ampliação de direitos sociais.

Como primeiro passo para a organização dos assistentes sociais, em torno do Projeto Ético-Político na perspectiva da garantia de direitos, é necessário conhecê-lo; somente a partir de conhecê-lo e reconhecê-lo como uma auto-imagem da profissão, será possível legitimá-lo pelo caráter coletivo que o mesmo possui. Verificou-se, nesta pesquisa, que o guia efetivo da profissão ainda não é conhecido pelos profissionais, pois, majoritariamente, mencionaram conhecimentos parciais sobre este Projeto Profissional, sendo que alguns profissionais o confundem com Código de Ética da profissão, restringindo a conceituação de Projeto Ético-Político, todos as suas representações para a categoria, ao Código de Ética profissional. Alguns salientaram “não lembrar muito” (AS2); outros, “que conhecem apenas Código de Ética à risca” (AS6); outros atribuem “conhecer parcialmente” (AS5) este Projeto devido à permanência continuada de estagiários no espaço sócio-ocupacional.

Ou seja, é citada a permanência do estagiário na Instituição como uma mola propulsora, para que o assistente social se aproprie do Projeto Ético-Político. Afinal, ao ter que realizar a supervisão de estagiário de Serviço Social, lhe é exigido compromisso com a formação do aluno, sendo necessários alguns saberes e competências norteadas pelo Projeto Ético-Político. O que nos surpreende é que, independentemente da presença do estagiário, os assistentes sociais não se remeteram ao “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (XX Princípio Fundamental - CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL, 1993). Princípio este, indispensável para um trabalho consistente e crítico, acompanhando as novas expressões da questão social.

Assim, o assistente social teria que estar articulado com as novidades da profissão, com documentos mais atuais; entre estes o próprio Projeto Ético-Político da Profissão. Ainda que essa relação profissional X estagiário exija do profissional

conexão com as produções da categoria profissional e os desafios que lhes são impostos na atualidade, também é possível indagar se essa relação, entre esses dois atores, novamente não estaria ocultando a precarização do trabalho em que o profissional não tem acesso facilitado à atualização profissional, em espaços de educação permanente ou continuada.

Mesmo os profissionais que responderam conhecer o Projeto Ético-Político do Serviço Social não traduziram claramente em suas falas esse reconhecimento pela historicidade e tampouco pelo seu cunho eminentemente coletivo. Percebeu-se que ainda este Projeto é compreendido de forma reduzida ao Código de Ética Profissional e não aos componentes que este infere:

(...) uma imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas, etc. São várias, portanto, as dimensões de um projeto profissional que deve articulá-las coerentemente (NETTO, 2006, p. 147).

Como nesta questão se interrogava sobre a fundamentação do trabalho desenvolvido no Projeto Profissional, observaram-se silêncios e reflexões por parte dos sujeitos do estudo. Um silêncio que intrigava-nos como pesquisadora. Um silêncio que sinalizava dúvidas, inquietações, limites nos campos de intervenção, possibilidades para a prática, formação profissional enquanto socializadora do Projeto Profissional, ou até mesmo preocupação com a qualidade da resposta, mediando as palavras que seriam pronunciadas e que contribuiriam para este estudo.

Muito embora se considere necessário ter conhecimentos sobre a área de atuação acerca da doença renal, das terapias substitutivas da função renal, do funcionamento e dinâmica de uma Unidade de Nefrologia, tem-se a consciência de que o trabalho do assistente social na Saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação de conhecimentos articulados aos princípios da reforma sanitária e pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social. (BRAVO, 2004, p. 43). E neste sentido, o Projeto Profissional irá nortear as ações a serem realizadas e a direção a ser seguida,

(...) daí o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnias e gênero. A partir dessas escolhas que fundam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos. (NETTO, 2000, p. 104).

No que concerne à afirmativa da defesa intransigente dos direitos humanos, expressa pelo Projeto Ético-Político, verificou-se que, apesar de os assistentes sociais não relacionarem, em suas respostas, essas questões ao Projeto Profissional, eles procuram direcionar seus trabalhos para a garantia dos direitos humanos, muito mais voltados para a Política de Saúde e mais especificamente para as necessidades das pessoas com doença renal crônica.

Em conformidade com o Projeto Ético-Político do Serviço Social,

(...) o exercício profissional exige, portanto, um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais (TEIXEIRA, 2006, p. 171).

Pelo que se observou no contato com os assistentes sociais, e pela entrevista que foi realizada, considera-se que, muito embora os profissionais queiram negociar com a instituição, propor atividades, defender seus espaços de atuação, mostrar as contribuições que o assistente social pode dar ao usuário e a equipe, é muito difícil para o profissional tencionar esses movimentos de questionamentos, propostas e defesa de seu espaço e de suas particularidades. Isso se explica pelas tensões desencadeadas pela metamorfose do trabalho, das relações trabalhistas e contratuais, refletindo na maneira como os assistentes sociais conseguem ir além das rotinas e procedimentos institucionais, apreendendo o movimento da realidade, em uma perspectiva crítica, tendo em vista tendências e possibilidades de trabalho.

Ao se pensar na atualidade em “Projeto Profissional em Serviço Social”, ainda se pensa um desafio a ser consolidado, muito embora se considere que cada vez mais os profissionais vêm guiando-se por este Projeto na operacionalização do trabalho realizado. Torná-lo um guia efetivo para o exercício profissional constituiu-se em objetivo para a categoria profissional, tendo em vista a efetivação desse Projeto na atualidade, já que o mesmo expressa uma “condensação das dimensões

ético-política, teórica-metodológica e técnico-operativa no Serviço Social”, abrangendo todo o fazer do assistente social (TEIXEIRA, 2006, p. 186).

Um dado que merece destaque nesta discussão sobre o Projeto Ético-Político, é o compromisso com a emancipação humana, o que não parece rimar com a terminologia “paciente”, amplamente utilizada pelos assistentes sociais na área de Saúde e inclusive pelos profissionais entrevistados. Esta terminologia possui uma conotação negativa que pode se remeter ao fato de que os usuários são percebidos pelas pessoas que lhe atendem como um “objeto inerte, passivo, incapaz de esboçar qualquer reação, positiva ou negativa, às ações do agente que trata da cura” (CAMPOS, 2006, p. 181). É preciso romper com a idéia de que alguém pode suportar o sofrimento passivamente e sem “queixas”, sem manifestar a sua vontade, uma vez que a partir da fala desse sujeito é que se poderá auxiliá-lo em sua situação de Saúde, partindo de sua própria realidade social.

Outra nomenclatura ainda utilizada pelos assistentes sociais é a de “situação-problema”, a qual foi amplamente utilizada em outro momento histórico e que hoje já é considerada superada. Até por que falar em situações problemas é voltar o olhar sobre as demandas da população como problemas a serem resolvidos, negando a possibilidade, a potencialidade dos sujeitos enquanto protagonistas de suas histórias, em uma perspectiva simplificadora e culpabilizadora dos usuários sobre “seus problemas”. A expressão “problema” nega a complexidade das relações e demandas, reduzindo a um olhar que tem uma conotação negativa diante da experiência enfrentada pelo usuário. Quando à questão social é atribuída a um tratamento analítico que a identifique como “situação social problema”, culmina em um deslocamento de situações macrosocietárias complexas “para o indivíduo isolado, responsabilizando e culpabilizando pelas carências humanas” (IAMAMOTO, 2008, p. 183).

Comprometer-se com a autonomia dos usuários e com a sua emancipação, claramente expressos no Código de Ética Profissional, requer uma reavaliação dos profissionais sobre terminologias não condizentes com esses princípios, o que não é sequer considerado como um problema a ser resolvido, não sendo objeto de atenção dos profissionais.

Do ponto de vista da análise do trabalho do assistente social, a qual propõe-se a pesquisa, considera-se relevante pensar no Projeto Profissional do Serviço Social implicado “com o compromisso com a competência, que só pode ter como base o aperfeiçoamento intelectual do assistente social” (TEIXEIRA, 2006, p. 155). A formação profissional qualificada, portanto, possui papel fundamental, principalmente fundada em concepções teórico-metodológicas críticas e consistentes, capazes de possibilitar ao discente/profissional uma análise concreta da realidade, percebendo-a no emaranhado de suas contradições. Esta formação deve subsidiar a consciência do profissional com a (auto) formação permanente e continuada.

Na questão que indagava sobre a formação profissional e sobre as literaturas do Serviço Social que propiciam respostas às demandas de trabalho, percebeu-se a preocupação dos profissionais com a formação continuada, no que se refere a leitura de bibliografias da área:

“(…) a lamamoto, embora eu tenha lido na faculdade, hoje eu leio com outro olhar…” (AS 4).

“(…) as leituras também são importantes por uma questão de atualização. É muito bom também ter estagiário para essa atualização” (AS5).

“Respostas prontas para a prática eu não acho, já que a realidade é muito complexa, mas elas (as leituras) podem ajudar para colocar em prática os direitos das pessoas” (AS6).

“Leio muito TCCs e Dissertações de Mestrado (…)” (AS 7).

Essa preocupação com a formação continuada se sobressai, principalmente, na fala do profissional que se reporta à realidade de forma “complexa”, quando as leituras não fornecem respostas prontas ao objeto profissional em cada *locus*, mas subsidia uma reelaboração deste à luz de uma análise crítica de realidade. É reiterada, novamente, a importância da relação com a Academia, com os

referenciais teóricos do Serviço Social, ainda que por meio do estagiário de Serviço Social.

Apesar do reconhecimento por parte dos assistentes sociais no que tange às leituras de literaturas da área do Serviço Social, sérias limitações no processo de formação dos profissionais de Saúde nos foram apresentadas. Essas limitações tanto convergem para a capacidade de desenvolver-se o trabalho em equipe, quanto para compreender e acolher necessidades de Saúde expressas pelo sujeitos demandantes da ação profissional, as quais são profundamente influenciadas pela subjetividade e pelo entorno social do usuário. O desafio que se coloca na formação continuada encontra solo fértil exatamente no fato de subsidiar as equipes em identificar necessidades e a construir projetos de atenção em Saúde que considerem e respeitem a autonomia dos usuários, dialogando com seus valores e soluções encontradas para organizar seus modos de vida. Para tanto, é necessária a capacidade de escuta sensível e de diálogo, agregadas a discussões em Seminários, Simpósios, Forum de Discussão, Mesa-redonda, ou qualquer outra metodologia de debate, que propicie aos profissionais construir e reconstruir conhecimento sobre a realidade com que trabalham.

Entre os principais autores lidos, em matéria de Serviço Social, os sujeitos mencionam Vicente de Paula Faleiros, Marilda Iamamoto, Potiara Pereira, Berenice Couto, Francisco Kern, Ana Maria Vasconcelos e Maria Ines de Souza Bravo. A revista Serviço Social e Sociedade, além de outros materiais de interface ao Serviço Social - como materiais de Psicologia, de auto-ajuda ou de Saúde e doença renal - são expressões do que vem sendo lido por estes profissionais.

Não obstante, os sujeitos entrevistados não mencionaram participar frequentemente de capacitações sobre a Política de Saúde ou até mesmo sobre áreas afins. Exetua-se um depoimento sobre a Residência Integrada em Saúde, realizada por um dos sujeitos deste estudo, que relatou o quanto sua ação profissional foi enriquecida por esta capacitação.

3.3 Dimensões Constitutivas das Competências Profissionais

Como dimensões que compõem o trabalho do Assistente Social, citamos os eixos teórico-metodológico, ético político e técnico operativos, além de salientar-se a relevância de observar-se como a dimensão sócio-afetiva se expressa na intervenção profissional, principalmente na constituição do vínculo com o usuário da ação profissional.

O que se pretende apresentar aqui não é uma pretensão de verdade absoluta e inquestionável e sim constatações abertas a críticas. Estas constatações são referendadas em uma pesquisa sobre a realidade do trabalho profissional dos assistentes sociais que trabalham com a cronicidade da doença renal. Esta investigação primou por captar os processos de trabalho no contexto onde eles se efetivam, apreendendo seu movimento, tendências, possibilidades, entraves, desafios. Pretende-se explicitar uma análise do trabalho dos profissionais parte deste estudo mediada pelo debate teórico do Serviço Social e da Saúde.

Com as características desejáveis e expressas pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social, o assistente social, a partir de sua leitura crítica do real, é instrumentalizado a propor alternativas eficazes para sua intervenção, de acordo com a intencionalidade de sua prática. Ou seja, ele não irá passivamente aceitar as determinações institucionais de forma verticalizada, sem realizar sua análise do espaço sócio-institucional e sem conseguir reelaborar as demandas explícitas e implícitas, adequando as rotinas para melhor atendê-las. Na questão que indagava sobre as rotinas profissionais, grande parcela revelou que uma das maneiras de criar uma atmosfera de vínculo com o usuário é indo até as salas de Hemodiálise, e não apenas esperando que estes venham até o Serviço Social, explicitando que

“(…)daí surgem situações de marcação de exames, de demandas...” (AS 1).

“(…)esta rotinas de entrevistas individuais nas salas de hemodiálise (abordagem em sala), busca identificar situações-problema decorrentes do tratamento” (AS 2).

“(...)se vai em todas as salas, diariamente, para puxar conversa, se fala com todos os pacientes e também se vai na internação” (AS 3).

“(...) entrar nas salas de hemodiálise para ver os pacientes não é uma forma de atendimento e sim de se mostrar disponível para um atendimento posterior” (AS4).

Ao se dirigirem até as salas de Hemodiálise, torna-se possível desenvolver um vínculo de maior proximidade com o usuário, até mesmo indicando-lhe se a Unidade onde está dializando tem profissional de Serviço Social e que este está disponível em lhe atender, se assim o desejar. Ir até as salas de Diálise pode representar a “porta de entrada” para o atendimento do Serviço Social, a partir de onde será possível estabelecer inter-relações com os usuários, ou até mesmo fortalecer o vínculo profissional-usuário já existente através da proximidade que se estabelece nas salas de Hemodiálise, tecendo-se um vínculo mais horizontal. Um vínculo que não esbarra em uma mesa de atendimento, por exemplo, objeto frequentemente encontrado nas salas do Serviço Social e amplamente utilizado pelos diversos profissionais da área de Saúde, ao qual muitas vezes é conferido poder, distanciando e colocando o profissional em outro “patamar”.

Sobre as demandas relatadas pelos assistentes sociais, denotam-se: dificuldade financeira e dificuldades de agilização de recursos/exames/procedimentos, sendo pontuado pelos entrevistados:

“Dificuldades de agilização de exames,consultas, falta de acesso para recursos de Saúde, dificuldade de ordem financeira, exigências que o tratamento faz (alimentação), já que a maioria ganha 1 (um) salário mínimo” (AS2).

“Passe livre municipal, intermunicipal e interestadual; agendamento de procedimentos (exame, consultas...), em algumas situações o Serviço Social marca, mas quando não marca, orienta.” (AS3).

“Falta de recursos, os pacientes não tem passe livre (já o Hospital não tem transporte para levar o paciente para a Hemodiálise), impossibilidade de trabalhar, não conseguem o Benefício de Prestação Continuada, falta de renda” (AS5).

“Encaminhamento de auxílio doença, isenção de imposto de renda, articulação de redes (para alimentação), transferência para ir para outra Clínica de Diálise, passe gratuito, idosos para Instituições de Longa Permanência” (AS6).

Percebe-se que tanto os assistentes sociais citam demandas explícitas pelos usuários e familiares como demandas implícitas. Não obstante,

“ (...) se já é difícil, numa realidade tão complexa, apreender, sinalizar e priorizar demandas explícitas – as que são aparentes – a necessidade de abstrair da aparência da realidade trabalhada dificulta, ainda mais, a sinalização, apreensão e priorização das demandas implícitas – demandas ocultas, que necessitam de abstração, de desvendamento da realidade para serem percebidas” (VASCONCELOS, 2003, p. 180).

Provavelmente, por estas informações salientadas por Vasconcelos (2003) sobre a abstração da demanda, no cotidiano profissional, sobre a sua apreensão e decodificação, seja mais complexo e menos comum os profissionais relatarem demandas implícitas.

Uma das demandas que aparece de forma mais intensa nos extratos acima descritos são as “dificuldades de ordem financeira”, o que muitas vezes se traduz em vulnerabilidade social, ou ainda na falta de acesso a recursos de Saúde, muitas vezes necessários para a realização adequada do tratamento.

Quando questionados sobre as demandas atendidas, os assistentes sociais entrevistados destacam desde relações familiares às relações interpessoais entre pessoas que compõem a rede de pertencimento do usuário, destacando-se a fala de profissionais sobre as demandas familiares, bem como são percebidas as famílias em algumas situações frente à doença renal crônica.

“(...)Problema familiar, já que a família cansa do paciente não colaborar no tratamento(...)” (AS1).

“(...) relações interpessoais, avaliação sócio-econômica para alimentação no refeitório (do hospital), adesão ao tratamento, etc.” (AS7).

Apesar das relações familiares e interpessoais dos usuários serem citadas por alguns profissionais, havia a expectativa de que os profissionais trabalhassem de forma mais próxima à família – rede primária – e comunitária dos sujeitos atendidos. A família ou a rede de relações do usuário é mais citada no momento de ingresso em programa de Hemodiálise e não no sentido de um trabalho contínuo e planejado para a família do usuário em uma perspectiva de prevenção do agravamento do estado de Saúde. Isto é, pouco se identificam, nas demandas expressas pelos usuários, situações familiares a serem trabalhadas pelo Serviço Social, pois se acredita que os profissionais consideram como seu objeto de intervenção a aderência ao tratamento, em uma perspectiva reducionista de cidadania, direitos sociais e direito à Saúde. Contudo, essa adesão está também permeada e condicionada pela forma como a família acolhe e apóia as necessidades dos usuários.

As formas como se configuram as relações familiares se remetem às transformações ocorridas em processos societários de mudanças que acontecem, paulatinamente, em nossa sociedade. A trajetória da família e as transformações ocorridas, durante os últimos séculos, indicam a descontinuidade de determinados modelos familiares, sendo criados novos arranjos de acordo com o contexto social, político, econômico e cultural em que se vive (KOWALSKI, 2007).

Ao focalizar-se o olhar para a realidade atual, há indicações de novas formas de organização familiar que se modificam continuamente, conforme transcorrem os processos societários. Entretanto, os conceitos das últimas décadas, relacionados à família, apontam para uma suposta estrutura familiar que seria uma instituição forte e capaz, por si só, de fornecer subsídios de socialização, sobrevivência e proteção para seus membros. Contudo, essa premissa vem sendo remodelada para conceitos

de família que consideram as diferentes formas de organização familiar, conceitos estes pautados por um olhar que não culpabiliza as famílias pelas situações vivenciadas por seus membros, cabendo ao Estado, por meio de políticas públicas eficazes, proteger as famílias de situações de vulnerabilidade e risco social (KOWALSKI, 2007).

As mudanças nas formas de organização dos arranjos familiares, bem como a capacidade protetora de seus membros, estão relacionadas

(...) às transformações de ordem econômica, à forma de organização do trabalho e ao fortalecimento da ordem individualista. Os processos de transformações nos aspectos econômicos, sociais e culturais ocasionaram profundas mudanças nas organizações das famílias, desencadeando um processo de vulnerabilidade no modo cotidiano de viver dessa famílias” (KOWALSKI, 2007, p. 23).

Discutir família implica em reflexões acerca das redes sociais tecidas pelos sujeitos. Faleiros revela que as redes primárias compreendem as famílias, sendo alicerçadas as primeiras relações de afeto e amizade, as quais contribuem diretamente com a construção da identidade e a auto-estima dos sujeitos (FALEIROS, 2001). Baptista (2003) conceitua as redes sociais espontâneas como sendo aquelas construídas no espaço local, a partir de relações primárias, informais, espontâneas, e interpessoais, com maior ou menor intensidade de vínculos afetivos, exigindo reciprocidade nos contatos constantes.

Quando se menciona o acolhimento da família e o apoio ao usuário, não se está realizando um “olhar familiarocêntrico” sobre a questão da Saúde do usuário. E, sim, reforçando o papel que tem a família na forma de enfrentamento da situação de doença e em todas as implicações que esta acarreta à pessoa com doença renal crônica. Quanto à família, verificou-se que os profissionais consideram também o grupo extenso que cerca o usuário e não a família nuclear historicamente constituída e com rigidez de papéis. Uma das falas que ilustra essa afirmativa é que o assistente social “as vezes, chama o vizinho, o amigo, a família maior” (AS5). Revelando, assim, preocupação com a rede de pertencimento do usuário, muito embora estas práticas não sejam contínuas. Esta rede representa um vínculo de suporte e confiança, que pode ser proveniente de pessoas que sejam significativas

para o usuário e estejam disponíveis para oferecer-lhe suporte, proporcionando-lhe maior segurança no enfrentamento de dificuldades vivenciadas na Hemodiálise. Ainda se concebe, como foi discutido acima, a família como o primeiro grupo social ao qual o sujeito está inserido, ou seja, é a rede inicial de relações de um indivíduo, onde são satisfeitas as necessidades que são a base para a conservação, manutenção e recuperação da Saúde do usuário em terapia renal.

Acredita-se que o desafio na atenção ao usuário passa por problematizações sobre as suas redes sociais no seu contexto de vida, ou seja, a partir da visão do sujeito com a sua rede social centralizada nas relações sociais que os indivíduos estabelecem em suas vidas, que podem ou não fortalecê-los. Desta forma, a rede constitui-se como um importante instrumento para a ação coletiva e para o trabalho do Assistente Social (MIOTO, 2002).

Sobre as demandas expressas pelas famílias dos usuários, chama, a atenção falas que convergem para as dificuldades familiares em lidar, em acolher, as singularidades da doença renal crônica, assim como os cuidados exigidos pelo tratamento dialítico:

“Cansaço por parte do cuidador pelo fato do paciente não se cuidar frente à alimentação e ingestão de líquidos, dificuldade de exames e medicações” (AS1).

“Falta de manejo com o paciente renal, pelo fato de ele apresentar desordem emocional, agressividade, intolerância. Falta de entendimento do que acontece com o paciente. Como a doença renal é silenciosa, há um despreparo da família para aprender a lidar com ela. Percebo que há uma desestruturação familiar quando o familiar tem doença renal, principalmente quando o paciente é homem” (AS2).

Trabalhar com este grupo familiar, com as demandas por estes expostas, poderia significar trabalhar também com as necessidades sociais desta família, o que poderá incidir no suporte e na forma como a família acolhe as demandas da pessoa com doença renal. Essas necessidades sociais também refletem na

organização familiar, a qual metamorfoseia-se no decorrer da história da humanidade, sendo alterada em função das mudanças sociais contemporâneas.

Além de a família ser uma instituição de origem biológica, de reprodução, é, sobretudo, um organismo com nítidos caracteres culturais e sociais, que irão distintamente condicionar a capacidade da família de se sensibilizar e se relacionar com o sofrimento dos seus entes. Assim, o relacionamento entre os familiares pode ganhar uma nova roupagem, pois irá ser permeado por um perene cuidado com o familiar em Diálise. Este cuidado é caracterizado, segundo um dos sujeitos entrevistados, pela questão de gênero, elucidando que, quando se trata da pessoa com doença renal ser “homem” é exigida, mais intensamente, a organização familiar no sentido de acolher a realidade da doença renal e do penoso tratamento que se inicia. Este depoimento chama a atenção para o fato de que, majoritariamente, as famílias continuam chefiadas por homens e que corresponde a eles uma parcela significativa dos rendimentos do espaço doméstico. Isto é, em uma cultura que “valoriza o homem como o poderoso provedor da família, é desconcertante a situação em que a mulher, ou mesmo os filhos adolescentes, consigam trabalho e remuneração mais facilmente que o chefe da família” (SZYMANSKI, 2002, p. 18). Ou seja, a autora indica um impacto na família que é diferenciado quando o membro que inicia Hemodiálise é do gênero masculino, o que está diretamente relacionado com a questão do emprego.

Logo, quando há na família um membro que sofre de doença crônica, todos os demais membros estão sujeitos a sofrer de estresse, ansiedade, medos. Os membros da família preocupam-se com a gravidade da doença, com o sofrimento e com a eminência da morte. Como conseqüências disso, a família pode experimentar diversos sentimentos, entre eles o medo, o desamparo, a vulnerabilidade, a insegurança, a frustração e até mesmo a depressão. Por isso, a unidade familiar fica sujeita às rupturas no seu estilo de vida, alterando-se as relações familiares, os papéis que desempenham seus membros, além dos cuidados permanentes e constantes que serão necessários. Sem a perspectiva de centralizar, na família, responsabilidades e sim de buscar nela um alicerce para fortalecer a pessoa com doença renal crônica, acredita-se que devem ser potencializados os

atendimentos às famílias com o intuito de colaborar para sua (re)organização frente à situação de doença crônica e com todos os impactos advindos desta circunstância.

Indaga-se se há o entendimento da família como rede de pertencimento, como suporte social ou vínculo de sustentação para o usuário em tratamento dialítico. Parece que a família é entendida como um membro, uma entidade responsável pela administração do momento de crise, sendo que a abordagem da qualidade das relações ficaria secundarizada na intervenção profissional.

Outras demandas ainda são expressas pelos familiares, conforme o depoimento dos assistentes sociais:

“Saber sobre os benefícios previdenciários, transporte para a clínica, dúvidas sobre procedimentos, dificuldades do paciente em aderir ao tratamento, situações da vida do paciente (fora da clínica) e processos para medicações especiais” (AS3).

“Falta de medicação (básicas, nas Unidades Básicas de Saúde, e especiais, da Farmácia do Estado). Eles (usuários e familiares) vêm, no Serviço Social, uma forma de acesso ao médico (quando o médico fala e eles não entendem). Procuram o Serviço Social, também, quando o paciente está rebelde e não aceita o tratamento. Mas no geral temos pouco retorno das famílias, o que às vezes gera depressão nos pacientes...”(AS4).

“Falta de renda, conflito familiar, não saber lidar com a doença, ter medo de cuidar de alguém com fístula que faz Hemodiálise, falta de higiene no CAPD, causando peritonites, etc.” (AS5).

“Transporte, desconforto referente ao familiar permanecer no hospital, documentação, benefícios, conflito familiar” (AS7).

A intervenção junto à família nos parece mais voltada para questões pontuais e urgentes (como agilização de transporte, medicação, entre outras), em detrimento de questões que poderiam contribuir com a família em auxiliar o ente em Hemodiálise: no acolhimento por parte da família, na reorganização para esta nova

condição, na qual o indivíduo precisa identificar meios para lidar com o problema renal e com todas as mudanças e limitações que o acompanham.

Também merece relevância a dificuldade, dentro da carga horária do profissional no espaço institucional, em atender as famílias, tornando-se necessário o aproveitamento do horário que estes estão aguardando o usuário dializar.

“Trabalho com as famílias de acordo com a minha realidade (uma vez na semana na clínica). Otimizo quando a família está aguardando a Hemodiálise” (AS6).

No que tange às técnicas utilizadas pelos profissionais no desenvolvimento de suas atividades profissionais, tanto com o usuário quanto com os familiares, todos relataram a realização de entrevista com os sujeitos demandantes da ação profissional. Estas entrevistas se determinam em forma de “plantão social” (aguardando demandas espontâneas ou encaminhadas pela equipe), e também por meio de agendamentos. Elas se estendem para além do usuário, incluindo-se o grupo familiar, se necessário. Entendeu-se que, majoritariamente, os profissionais se utilizam de um formulário de entrevista que norteia as suas intervenções, nas quais “se tentam fazer perguntas mais abertas” (AS3), possibilitando ao usuário se mostrar e revelar a real demanda que o conduziu a buscar o atendimento do Serviço Social. Sobre os formulários utilizados pelo Serviço Social, alguns profissionais relataram que, ao ingressarem nas instituições, realizaram alterações em documentos utilizados pelo Serviço Social, incluindo-se formulários de entrevista, readequando-os conforme se percebia necessário para a intencionalidade do trabalho.

Em entrevistas do Serviço Social, entende-se necessário conhecer a história de vida dos usuários, assim como a história familiar. Parte-se de fatos significativos para os sujeitos atendidos, contextualizando estes fatos de forma a propiciar reflexões sobre as situações apresentadas. Ou seja, na entrevista é o momento ir para além da “situação-problema” (como alguns profissionais se referem), e penetrar no mundo real dos usuários. Verifica-se, no entanto, que os profissionais entrevistados realizam a entrevista focando-se intensamente na situação

apresentada e principalmente, focando-se no tratamento em si, ainda em uma concepção limitada de Saúde.

O regime de plantão, característico de praticamente todos os serviços de Saúde, possui características peculiares em virtude de atender-se uma “população desarticulada, do ponto de vista da organização popular, que está buscando alternativas individuais para sua sobrevivência” (GUIMARÃES, 2000, p. 19). Como as pessoas que procuram o plantão social possuem situações de vida e demandas singulares, torna-se dificultoso realizar um planejamento deste espaço de atuação. Isto se agrega ao fato dos profissionais não estarem potencializando um espaço que poderia ser de socialização de informações, de mobilização popular, de articulação de objetivos coletivos.

Além da entrevista, entre as técnicas profissionais, os assistentes sociais destacaram a realização de visita domiciliar e o grupo de familiares. Em caráter de “estritamente necessário” é mencionada a visita domiciliar, onde é referido “ a dificuldade de transporte”, não se configurando como uma técnica rotineiramente utilizada. O grupo tanto aparece como uma técnica do assistente social - como coordenador do grupo - como ainda em nível de proposta e parte do planejamento dos profissionais. Atrela-se à dificuldade do desenvolvimento de atividades programadas pelo Serviço Social o fato de muitos sujeitos entrevistados não serem contratados para uma carga horária que possibilite o planejamento de suas ações em caráter continuado. Porém, a carga horária não é o único fator que impossibilita a organização do cotidiano do assistente social, pois há uma outra circunstância que se observou envolver esta questão: falta de clareza do assistente social sobre seu papel e atribuições na instituição, impedindo-lhe de fazer um planejamento que possa sustentar em seu cotidiano.

O planejamento da ação profissional requer uma dimensão política, a qual é permeada de relações de poder condicionadas por um “jogo de vontades políticas dos diferentes grupos envolvidos, a correlação de forças, a articulação desses grupos, as alianças e as incompatibilidades existentes entre os diversos segmentos” (BAPTISTA, 2003, p. 17).

Acredita-se que o planejamento da ação profissional facilita a captação de possibilidades de ação reprimidas na realidade, visto que os profissionais

(...) não se apropriaram e/ou não estão se apropriando do referencial teórico necessário e com qualidade suficiente para uma análise teórico-crítica da sociedade na sua historicidade, o que vem impossibilitando a previsão, projeção e, conseqüentemente, a realização de um trabalho que rompa com práticas conservadoras (VASCONCELOS, 2003, p. 416).

A realização do planejamento do trabalho dos assistentes sociais tanto se apresenta vinculada ao jogo de interesses institucionais e as contradições inerentes a todo espaço de atuação, quanto à capacidade teleológica dos profissionais em dar sentido a suas ações, o que exige competência teórica e aprofundamento de conhecimentos que requerem seus espaços de trabalho. Anteriormente ao planejamento, é essencial uma análise crítica institucional e de realidade, além de diagnóstico da situação de inserção do Serviço Social no local de trabalho, da reelaboração das demandas - objeto de trabalho - , dos objetivos de suas ações e de como mensurá-las, o que é feito por meio de indicadores.

Através deste estudo, percebeu-se que os profissionais vêm sendo exauridos em demandas intensas e que o atendimento destas demandas ocupam praticamente todo o tempo do assistente social no *locus* de atuação. Desta forma, os profissionais, embora reconheçam ter autonomia profissional (limitada muitas vezes por uma carga horária restrita), indispensável para o processo de planejamento, muito mais “executam” do que “planejam” os seus trabalhos. A falta de reconhecimento do papel do Serviço Social como agente que planeja nas instituições, pode ocasionar o seguinte: que o trabalho do assistente social seja determinado mais pelos interesses institucionais do que pelos interesses coletivos dos usuários.

O imediatismo, então, é percebido como um traço característico da ação profissional, até porque o atendimento é voltado para aquilo que o sujeito veio buscar, para o aparente e explícito pelo usuário, sendo necessário atendê-lo o “mais rápido possível”. Além disso, o atendimento é, basicamente, voltado para os recursos institucionais, como, por exemplo, o transporte fornecido pela clínica ou hospital para o deslocamento das sessões de Hemodiálise (GUIMARÃES, 2000, p.

18). Pouco se percebe sobre a preocupação dos assistentes sociais em vislumbrar uma prática que vá além dos limites institucionais impostos pela disponibilidade de recursos.

Muito mais com características individuais e centradas em ações de restrita participação do Serviço Social, os profissionais vêm planejando as suas atividades. Além disso, verificou-se mais comumente um planejamento a curto prazo, muitas vezes limitando-se a um planejamento “diário”, como se percebe abaixo:

“(…)planejamos mais mentalmente e de forma individual, em agenda pessoal. Se planeja no curto prazo, no máximo mensal, dentro do passo que se pode dar” (AS 1).

Ou ainda permitem que os próprios usuários determinem o planejamento profissional, não obstante se saiba que é à luz do que estes expressam que se planejam as ações, diferentemente de condicionar o planejamento apenas ao que expressam as pessoas atendidas. Uma fala que ilustra fidedignamente essa constatação é de que “[...]o planejamento é conforme os pacientes pedem, solicitam e eu percebo no dia-a-dia”(AS2).

Em contrapartida, o planejamento diante da realização de “[pesquisas de satisfação” (AS3)] aparece como um avanço, até pelo reconhecimento da pesquisa como uma ferramenta de construção de conhecimentos para a área de atuação.

Ou seja, o planejamento deve permear o trabalho do assistente social, uma vez que sem o planejamento torna-se difícil prever, captar e priorizar demandas, podendo direcionar o assistente social a permanecer no nível de informações, apoios e aconselhamentos somente. Inclusive, para a compreensão das demandas se faz necessário o planejamento, já que para apreendê-las são necessários conhecimentos acerca do objeto de trabalho (das expressões da questão social na realidade vivenciada pelo usuário com doença crônica).

Se os profissionais conseguissem, mesmo com suas atribuladas rotinas de trabalho, realizar um planejamento de suas ações, eles não realizariam atividades tão isoladas e sem potencial organizativo e sim parte de um processo consciente e

responsável para a transformação do *status quo* (VASCONCELOS, 2003). Colaboram, inegavelmente, para essa ausência de planejamento profissional, as atividades em excesso que são incumbidas aos assistentes sociais na Saúde, o que é confirmado quando os assistentes sociais relatam que, por exemplo, “há muita demanda para o número de profissionais” (AS7). Isto condiciona o estabelecimento de mais objetivos a curto prazo, e imediatos (de curtíssimo prazo), em detrimento dos objetivos a longo prazo.

Sobre as formas de avaliar o próprio trabalho, os assistentes sociais não demonstram ter claro indicadores que mensurem a avaliação. No entanto,

“(...) ela esta presente dialeticamente em todo processo de planejamento: quando se inicia a ação planejada, inicia-se concomitantemente sua avaliação, independentemente de sua formalização em documentos” (BAPTISTA, 2003, p. 113).

O exercício da avaliação permite ao profissional adequar o seu trabalho ao planejamento anteriormente realizado, adequando-se a execução ao planejamento da ação. Ao considerar a “precariedade dos processos científicos e metodológicos de mensuração dos dados sociais, principalmente os de natureza qualitativa”, testemunhou-se que os assistentes sociais realizam seus processos avaliativos principalmente de uma “maneira informal (...), sem relatórios e indicadores” (...) (AS4) (BAPTISTA, 2003, p. 115). Ou ainda por meio de “(...)conversas sobre o caso (com colegas)” (AS1). Os indicadores de avaliação, embora não sejam nominados desta forma, são perceptíveis, ao passo que se avalia o trabalho “por situações-problema diminuídas, queixas diminuídas, dúvidas diminuídas” (AS2).

No que diz respeito à dimensão técnico-operativa percebeu-se, portanto, que os profissionais pouco planejam, apesar de não perderem de vista que a profissão se caracteriza pelo cunho interventivo. Afinal, ao utilizarem-se de problematizações, discussões e reflexões sobre determinado fenômeno, no caso, a doença renal, é possível, nesses processos reflexivos, junto ao usuário, intervir subsidiando mudanças, transformações qualitativas na vida dos sujeitos.

Esta pesquisa não se deteve apenas às técnicas, metodologia, instrumentos dos profissionais. Foi motivada, também, pela dimensão sócio-afetiva, a qual foi por

nós conhecida durante nossa experiência de estágio-curricular, durante a supervisão grupal. As professoras supervisoras de estágio obrigatório em Serviço Social da PUCRS elaboraram um formulário que continha indicadores que avaliava os estagiários. Entre eles estava o sócio-afetivo. Desde então, estendemos nosso olhar para essa dimensão que compõe a atuação profissional e que pouco vem sendo discutida durante a graduação de Serviço Social e em nível de Pós-graduação. Então, essa investigação também se dispôs a analisar como o assistente social se relaciona com o sujeito com o qual intervém, bem como com as demandas trabalhadas na intervenção. As demandas podem despertar no assistente social sentimentos com os quais ele nem sempre está preparado para trabalhar, estando, estas demandas, imbuídas de significados apreendidos singularmente pelo assistente social, dada sua trajetória de vida, sua formação, sua incapacidade

“(...)para trabalhar com o sofrimento, o choro, a perda (de vidas, de saúde, de bens materiais, de pessoas queridas), a perspectiva da morte, a negação da morte social, o que induz os profissionais à compaixão, apoio, ajuda, orientação, encaminhamento, amparo, doação, aconselhamento, orientação, cuidado, tomados como fins em si mesmos, em detrimento do resgate da autonomia” (VASCONCELOS, 2003, p. 23).

Como o presente estudo tensionou, ainda, em empreender uma análise da dimensão sócio-afetiva, parte das competências do trabalho do assistente social, entrevistou-se os mesmos sobre os sentimentos resultantes da relação com o usuário em tratamento de Hemodiálise. Os assistentes sociais, conforme a investigação revela, mencionam sentimentos de impotência e frustração, tanto referentes à efetividade da ação profissional quanto sobre a situação vivenciada: de trabalharem com a doença renal e todas as implicações advindas desta. Extratos de falas que ilustram esta afirmativa referem sentimentos de:

“Impotência, muitas vezes, quando eles precisam de exames, internação, leitos no hospital e não conseguem vaga (...)” (AS1).

“Situação de impotência, o que é de toda equipe, já que é uma situação que não se pode mudar...” (AS4).

O segundo relato acima denota, também, dificuldades que não são prerrogativas do assistente social: as de lidar com a doença crônica, a qual não é um evento transitório, passageiro, mas constante e parte da vida do usuário, e, portanto, da equipe que o atende. Diferentemente, há também um sentimento de impotência em relação ao alcance do trabalho do assistente social enquanto profissional que trabalha para a garantia dos direitos sociais, já que se percebem fragilidades da articulação entre políticas públicas, além de uma rede de Saúde ineficiente para atender uma demanda crescente como a doença renal crônica.

Os assistentes sociais, como a investigação mostra, além de sentirem-se impotentes, vão também aprendendo a trabalhar com a doença renal crônica sob um novo olhar: por um prisma que permite, mais do que “banalizar” esta doença, trabalhar com ela por uma outra perspectiva. “A gente vai ficando meio sem sentimentos” (AS3), relata um profissional entrevistado, confirmando a hipótese que o profissional passa a resignificar como se relaciona com o sofrimento humano, o que pode, inclusive, lhe proteger de seus próprios sentimentos.

No trabalho humano, *a priori*, o sujeito deveria imprimir características de sua personalidade. Não obstante, em determinadas atividades de trabalho, onde não existem essas possibilidades, podem aparecer os estados de insatisfação, desânimo, tristeza, depressão, entre outros. Sentimentos, talvez não verbalizados com estas denominações, demonstram como os profissionais se sentem e se percebem na Instituição. Esses sentimentos são consequências de como o profissional consegue se relacionar com os sujeitos, com as demandas, com a equipe, com as exigências institucionais. Estas exigências institucionais são consequências do “mundo do trabalho” hoje, que cada vez se reinventa mais individualizado, fragmentado e não permitindo aos indivíduos se realizarem através dele, imprimindo suas características e se enxergando no trabalho executado.

Nestes sentimentos, relatados na entrevista, se percebe nas entrelinhas que podem significar sofrimento, mesmo quando expressos pela falta, pela “ausência de sentimentos”. Esse sofrimento poderia significar a inexistência de possibilidades de intervenção, que pode conduzir o profissional a um estado de paralisia. Este sofrimento poderia causar uma banalização de situações que envolvem os usuários:

consequências do sofrimento. A impossibilidade do desenvolvimento das aspirações profissionais, principalmente de “garantia de direitos” (presente nas falas), pode causar a impossibilidade do autodesenvolvimento frente a intervenção profissional, diminuindo o nível de satisfação com o trabalho operado. Além disso, entende-se que o sofrimento pode ocasionar uma desafetação representada pela falta de investimento afetivo no desenvolvimento do trabalho, o que também pode ser identificado na ausência de sentimentos.

O cotidiano de trabalho parece não ser vivido como fonte de aprendizagem, como também um espaço de educação, mas, sim, de cumprimento de tarefas e obrigações, sequestrando-se do trabalho a sua condição mais humana que é realização pessoal e de (re)invenção do ser em sua subjetividade.

A capacidade do profissional de desenvolver empatia, de sensibilizar-se, de indignar-se com as situações com as quais se depara é fundamental para ações profissionais, de acordo com o Projeto Ético-Político, o que não é sinônimo de sofrimento. O que se quer chamar a atenção é para o risco da “perda de paixão, da indignação – motor necessário para ação comprometida – o que pode levar o profissional a viver uma prática mecanicamente, procurando resultados, mas sem paixão” (BAPTISTA, 1993, p. 118).

A relação de empatia e vínculo que o assistente social consegue estabelecer com os usuários com os quais se relaciona, é destacado por alguns profissionais, como a principal contribuição que atrelam ao seu trabalho profissional, o que percebe-se que está relacionado com a cronicidade da doença e com a permanência semanal (doze horas semanais) dos usuários na Unidade de Tratamento Renal.

“Orientar os pacientes quanto a doença. O usuário fica mais a vontade com o assistente social. O assistente social é mais próximo, pela linguagem, pela escuta do que os médicos” (AS1).

“Eles saberem que podem contar com um profissional disponível a orientar (e não a julgar), que tem empatia, sensibilidade, vínculo com o paciente. Já fiquei segurando a mão do paciente enquanto ele colocava o catéter e não vejo problema nisso, já que o paciente precisava de segurança e isso faz diferença na formação do vínculo” (AS4).

“A contribuição é a da acolhida, já que eles chegam tão fragilizados e precisam de alguém que diga que é possível eles continuarem vivos. Se faz um empowerment para uma vida melhor” (AS6).

Neste último relato é referida a expressão “empowerment”, a qual pode ser analisada e traduzida, a partir da fala da assistente social, como uma das finalidades da ação profissional, que vai para além da “acolhida”, que visa possibilitar reflexões e oferecer subsídios para transformações concretas na vida dos sujeitos, de suas condições e meio de vida.

Assim como o vínculo profissional-usuário, é salientada a confiança como um elemento necessário no vínculo profissional, estando expresso que uma das demandas atendidas pelo Serviço Social é de

“(...) informações gerais, o Serviço Social funciona como uma ouvidoria, por que eles confiam no Serviço Social” (AS4).

A sensibilidade do assistente social em acolher às demandas dos usuários e à confiança que ele consegue estabelecer com os mesmos, relacionam-se com o “potencial criador e com a afetividade dos indivíduos, que se desenvolve num contexto cultural determinado” (RIOS, 2003, p. 97). Desta forma, a sensibilidade orienta o fazer e o imaginar individual, podendo guiar o profissional nas considerações mais importante ou necessárias na abordagem com os usuários. Esta sensibilidade pode propiciar ao profissional a capacidade de entender seus limites, suas possibilidades, de se ver e se reconhecer na sua *práxis* e de estabelecer um vínculo de confiabilidade e respeitabilidade com as pessoas com as

quais trabalha. Para isso, é relevante o desenvolvimento da autocrítica sobre seu trabalho, com vistas ao aprimoramento profissional.

Como o aprimoramento profissional e as relações de trabalho, dos assistentes sociais que participaram deste estudo, se desenvolvem no âmbito da Saúde, discute-se, no próximo capítulo, a Política de Saúde a partir de uma perspectiva histórica e contemporânea.

4 POLÍTICA DE SAÚDE E SUAS CONJUNTURAS TEMPORAIS: OBSTÁCULOS E CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS PROMULGADOS

Este capítulo parte de uma breve retrospectiva acerca do percurso histórico da Política de Saúde no Brasil, realizando, também, um debate contemporâneo sobre os novos desafios que se colocam aos profissionais de Saúde e especialmente ao assistente social. Todavia, verificou-se ser relevante discorrer sobre os direitos sociais, no Brasil, mencionando-se a trajetória histórica destes direitos. Assim, discute-se a acessibilidade do direito à Saúde, o que os assistentes sociais partícipes deste estudo relataram ser um dos desafios nos espaços sócio-ocupacionais.

Mesmo não buscando as especificidades da ação profissional, particularizou-se como se expressa o trabalho do assistente social junto a usuários com doença renal crônica. Esse percurso de análise transita em uma perspectiva de apontar as determinações e os condicionantes que refletem no exercício profissional no campo da Saúde que, por vezes, se aproxima de outros espaços sócio-ocupacionais.

Desta forma, se oferecem subsídios sobre a doença renal crônica e os tratamentos possíveis, sendo apresentados articuladamente os dados oriundos desta pesquisa para iluminar as discussões propostas.

4.1 As Múltiplas Funções das Políticas Sociais : as balizas no acesso aos direitos sociais

Compreender como se efetivam as políticas sociais exige conhecer a gênese da profissão do Serviço Social, já que ela surgiria no intuito de cumprir determinadas funções ante as políticas sociais.

Montaño (2007) traz para a reflexão duas teses sobre a natureza e o surgimento da profissão, provocando inquietações sobre o fundamento e legitimação desta no bojo da sociedade capitalista, além de interpretar as funções que cumprem as políticas sociais na ordem socioeconômica e política vigente. Essa ordem socioeconômica vigente aponta para o modo de produção capitalista que vem a definir as relações entre os homens de uma forma específica e peculiar, marcadas essencialmente pela dominação do homem sobre o homem. Essas relações são mediatizadas essencialmente pela compra e venda da força de trabalho, tornando-a mercadoria como qualquer outra coisa. Esse modo de produção caracteriza-se por ser

“(...) profundamente antagônico e pleno de contradições e desde o início de sua fase industrial instituiu-se como um divisor de águas na história da sociedade e das relações entre os homens” (MARTINELLI, 2003, p. 53).

Montaño (2007) chama a atenção para uma perspectiva endogenista do Serviço Social, a qual sustentaria a sua origem, evolução e profissionalização, redimensionando e reorganizando as formas arcaicas de uma “ajuda” qualificada. Desta forma, a profissão é entendida a partir de si mesma, não se considerando a história da sociedade e os conflitos de classe que, *a posteriori*, atribuiria ao Serviço Social um papel de “mediador destes conflitos”. Como já foi evidenciado anteriormente, não se concebe a profissão por uma análise do contexto social, econômico ou político e, sim, como um aprimoramento de formas antigas de assistência e caridade. Em uma perspectiva histórico-crítica, característica de uma das teses apontadas por Montaño (2007), é enfatizado o surgimento da profissão como um produto das relações de classe, partindo de uma visão totalizante, contextualizando o Serviço Social em uma ordem socioeconômica determinada.

O Serviço Social revela em sua gênese um Projeto Profissional, doutrinado pelo poder dominante e vinculado ao catolicismo. Em sua emergência, a profissão estava a serviço da ordem neoliberal, desenvolvendo sua práxis voltada para o “ajuste social”, ou ainda para uma “adaptação social do desajustado”. O Serviço Social de cunho conservador perpetuou-se até sua Reconceituação. A Reconceituação se inscreveu em um processo de escala mundial, já que na maioria dos países o Serviço Social já se institucionalizara como profissão, sendo que a década de 60 (sessenta) e 70 (setenta) é marcada por uma conjuntura de profundas mudanças de práticas tradicionais, fazendo crítica ao Serviço Social Tradicional, que tinha uma prática empirista, paliativa e orientada por uma ética liberal-burguesa (NETTO, 1998).

A categoria dos Assistentes Sociais, no Brasil, por meio de um amplo processo histórico de avanços e retrocessos pensou e repensou seu Projeto Profissional ao longo de quatro diferentes Códigos de Regulamentação da profissão até a ruptura e Reconceituação, para, enfim, chegar ao atualmente vigente Código de Ética de 1993. Este norteia e desenha a ética profissional - que se define como “capacidade de agir conscientemente com bases em escolhas de valor, projetar finalidades de valor e objetivá-las” (BARROCO, 2005, p. 57). Também percorre a perspectiva social crítica do materialismo histórico, seguindo a hegemonia da corrente marxiana que compreende como categorias centrais do método a totalidade, a contradição e a historicidade, visando à leitura, desvendamento e intervenção na realidade.

As políticas sociais como mecanismos de intervenção na realidade e como espaço de atuação profissional surgem na gênese da profissão como “uma das principais estratégias de intervenção sobre a questão social (...)” (SERRA, 2000, p. 25). Ou seja, é por meio delas que se efetivam as ações profissionais, além de se concretizarem como estratégias de enfrentamento de políticas de ajuste neoliberal que provocam exclusão social.

Destaca-se que as políticas sociais podem ser concebidas, devido à sua ênfase em aspectos políticos ou econômico-políticos:

a) Com acentuada ênfase nos aspectos políticos, as políticas sociais são pensadas como “mecanismos de legitimação do Estado capitalista, contribuindo para a legitimação do estado capitalista e da ordem sociopolítica vigente”. Por esta ótica, há o interesse do Estado na regulação e controle dos conflitos sociais por parte do Estado, ocasionando um “abafamento” destes conflitos (MONTAÑO, 2007, p. 78).

b) Por outro lado, na perspectiva dos aspectos econômico-políticos, as políticas sociais são vistas como mecanismos de reprodução da força de trabalho, “favorecendo a acumulação e valorização do capital” (MONTAÑO, 2007, p. 81).

Embora se perceba uma fragmentação acerca das funções que as políticas sociais cumprem, é necessário observar que tais funções convivem e se misturam simbioticamente:

- Função Social: objetiva gerar certa distribuição de riquezas por meio das políticas sociais, onde o Estado passa a se responsabilizar por lacunas deixadas pelo mercado. Essa função amortece e mascara as funções essenciais que estas políticas contêm;

- Função Econômica: esta função se concretiza por meio da transferência de bens, dinheiro, bônus. Contribuindo, assim, para o barateamento dos custos de produção e de reprodução da força de trabalho;

- Função Política: se contraditoriamente as políticas sociais operam por meio da prestação de serviços, por outro lado, ela gera as condições de aceitação e legitimação da ordem social vigente (MONTAÑO, 2007).

Como as Políticas Sociais têm como propósito maior o acesso a direitos sociais, apesar de desempenhar outras funções “mascaradas” pelo cunho social, percebeu-se, pelas falas dos sujeitos da pesquisa, a categoria empírica “cidadania” como uma intencionalidade presente na ação profissional, pois todos sujeitos entrevistados ressaltaram trabalhar na perspectiva dos direitos sociais, apesar de não denominarem este acesso a direitos como “cidadania”. São necessários, pois, apontamentos acerca das dificuldades ainda remanescentes do Assistente Social, no que concerne a seus deveres profissionais, diante da história brasileira, no que tange à acessibilidade a direitos.

Os deveres do Assistente Social tem como norteador de suas intervenções um Projeto Profissional que explicita claramente o compromisso com a ampliação e consolidação da cidadania. Utilizou-se a concepção de cidadania voltada para o acesso a direitos civis, políticos e sociais, amplamente discutidos por Carvalho (2002) de forma a iluminar a compreensão dos avanços e tropeços que vêm percorrendo o exercício da cidadania no Brasil.

Compreender como se constituem os direitos civis, políticos e sociais é fundamental para uma discussão posterior sobre o fenômeno da cidadania, ou ainda da cidadania regulada, de forma que se optou por uma breve conceituação desses conceitos centrais.

Como forma de iluminar a compreensão acerca do longo caminho que está sendo percorrido na busca de uma cidadania efetiva e conquistada pelo povo brasileiro, tornou-se necessária uma breve retrospectiva histórica que abrangesse desde o Brasil Colonial até o período que antecede a Ditadura Militar (1964); retrospectiva esta que subsidiasse os condicionantes responsáveis pelo processo paulatino de avanços e retrocessos que se presencia frente à essa temática.

Refletir sobre a Cidadania no Brasil, sobre seu significado, sua evolução histórica e perspectivas na atualidade é um desafio, considerando o longo e conturbado caminho que ela percorre no Brasil. Considera-se esse processo da constituição real da cidadania voltada para o povo brasileiro, contínuo e inacabado; de forma que para entendê-lo faz-se relevante uma leitura consistente de como vêm se conformando a acessibilidade a direitos civis, políticos e sociais¹⁶.

Por direitos civis entende-se direitos fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei, desdobrando-se na garantia de ir e vir, de escolher trabalho, de manifestar o pensamento, de organizar-se, entre outros. São direitos cuja garantia circunscreve-se na existência de uma “justiça independente, eficiente, barata e acessível a todos” (CARVALHO, 2002, p. 9). Apesar desta afirmativa, no que tange a igualdade perante a lei, sabe-se que isso não ocorre de forma tão eficiente porque se presencia uma época de aumento do número de

¹⁶ Carvalho (2002) define que cidadania se refere à acessibilidade a direitos civis, políticos e sociais como forma de exercer uma cidadania plena, de maneira que o cidadão pleno seria aquele titular dos três direitos.

“sobrantes¹⁷”, pessoas à margem da sociedade que ocupam essa posição também na condição de alimentação do sistema capitalista maduro. A competitividade e a concorrência, além da redução das oportunidades de emprego, ocasionam que não tenha mais lugar para todo mundo na sociedade que nos resignamos viver; além do mais, mesmo para quem possui uma fonte de renda que lhe proporcione maior acessibilidade aos direitos civis, partindo do exemplo do direito de escolher o trabalho, no estágio atual de desemprego estrutural, isso não é possível de se materializar.

Os direitos políticos remetem-se à participação do cidadão no governo da sociedade, seja por meio da expressão do voto ou por manifestações populares e/ou demonstrações políticas. “Os direitos políticos têm como instituição principal os partidos e um parlamento livre e representativo” (CARVALHO, 2002, p. 10). Não obstante, verifica-se que, mesmo o direito político, e quiçá, principalmente esse, seja o mais manipulável dos direitos. Permanecem práticas que nos primórdios eram utilizadas na conquista de votos da população brasileira; e o povo, por falta de consciência política e carente de recursos financeiros para sua subsistência, os quais são paulatinamente ofertados pelos candidatos, aceita a troca de voto pela benesse, pela benevolência exercida nas campanhas políticas, que ao invés de voltarem-se para qualidade das políticas públicas continuam prestando favorecimentos individuais.

Os direitos sociais referem-se à participação na riqueza coletiva e incluem o direito à educação, ao trabalho, a um salário digno, à Saúde, à aposentadoria. São esses os direitos que, derivados de uma eficiente máquina administrativa do Poder Executivo, permitem reduzir os excessos de desigualdades advindas do sistema de produção capitalista onde se dará, majoritariamente, a atuação dos Assistentes Sociais. Contudo, observa-se que as políticas sociais, voltadas para atender esses direitos, ainda se limitam a políticas imediatistas, “pensadas como estratégias limitadas no tempo, a fim de ajudar a passar o mau momento da crise, esperando a retomada de regulações melhor adaptadas ao novo cenário econômico” (CASTEL,

¹⁷ Para maior aprofundamento na categoria “sobrantes”, vide Castel (1995).

1995, p. 27). Portanto, as políticas públicas continuam a não propiciar uma transformação efetiva na vida dos sujeitos, contribuindo para um mascaramento da realidade social.

Após essas breves reflexões sobre os direitos necessários para o exercício da cidadania, salienta-se que o fenômeno ao qual estamos nos remetendo é complexo e historicamente determinado. Por meio de sua historicidade¹⁸, torna-se possível compreender a complexidade imbricada na conformação da cidadania no Brasil. A observância do caráter histórico de como vem sendo o desenvolvimento, avanços e retrocessos da cidadania, é consubstanciado no fato de que a cada dia os homens se renovam e renovam as suas próprias vidas, criam outros homens, reproduzem-se, transformam-se; revelando-se a dinamicidade dos processos históricos, os quais refletem também no caminho que vem sendo traçado pela cidadania no Brasil (MARX, 1993).

4.1.1. Percurso Histórico da Cidadania no Brasil

Na história da colonização, buscam-se episódios significativos e explicativos da realidade brasileira:

Em três séculos de colonização (1500 – 1822), os portugueses tinham construído um enorme país dotado de unidade territorial, lingüística, cultural e religiosa. Mas tinham também deixado uma população analfabeta, uma sociedade escravocrata, uma economia monocultora e latifundiária, um Estado Absolutista (CARVALHO, 2002, p.18).

Com a chegada dos Portugueses, no Brasil, cuja conotação foi comercial, culminou que a atividade lucrativa que mais servia aos interesses portugueses era a produção de açúcar; mercadoria esta em expansão de mercado na Europa. Assim, as características da Colonização Portuguesa remetem: à colônia como

¹⁸ A observância do caráter histórico de como vem sendo o desenvolvimento, avanços e retrocessos da cidadania no Brasil, é consubstanciado no fato de que a cada dia os homens se renovam e renovam suas próprias vidas, criam outros homens, reproduzem-se, transforma-se; revelando-se toda dinamicidade dos processos históricos, os quais refletem também no caminho que vêm sendo traçado pela cidadania no Brasil. (MARX, 1993).

lugar de passagem; ao caráter exploratório e mercantil; ao desejo de obtenção de riqueza fácil; restrição ao desenvolvimento da cultura intelectual; adaptação à natureza, entre outras (HOLANDA, 1997). Para a produção de açúcar eram exigidas duas características: grandes capitais e muita mão-de-obra. O primeiro aspecto citado foi definidor do elevado nível de desigualdade que logo se estabeleceu, e o segundo pelo fator mais negativo para a concretização da cidadania: a Escravidão¹⁹ (CARVALHO, 2002).

Escravidão esta que desfavorecia a formação dos futuros cidadãos, já que o Brasil havia incorporado uma tradição cívica pouco encorajadora. Não havia um poder que pudesse ser chamado de público, que garantisse igualdade diante da lei, que garantisse os direitos civis. Não havia, nesta época, “sociedade política”, não havia cidadãos, não havia expressão política (acesso a direitos políticos), e os sociais estavam a cargo da igreja e serviços particulares. Afinal, com os direitos civis e políticos precários, nem se cogitavam os direitos sociais como responsabilidade do Estado promovê-los, e a Assistência Social ainda estava longe de configurar-se como Política Pública parte do tripé da Seguridade Social. A subsistência dos trabalhadores escravos era responsabilidade de seus proprietários; dos trabalhadores livres era realizada por religiosos ou pela iniciativa privada, sem interferência do Estado. Esse sistema patriarcal influenciou na dificuldade de delimitação do público e privado. Esse patrimonialismo estendia-se aos funcionários que eram considerados propriedades de seus patrões, assim como os escravos eram propriedades de seus senhores (HOLANDA, 1997).

Ou seja, o país, neste período, era marcado por uma cidadania negada aos sujeitos, apesar da falta de consciência do povo sobre esta negação de direitos, que *a posteriori* iria refletir no conturbado caminho de negação de direitos ou de direitos conquistados a duras penas e, por vezes, ainda hoje concebidos na lógica da benesse. Lógica esta que continua perpassando o trabalho do Assistente Social

¹⁹ Os escravos não eram cidadãos, não tinham os direitos civis básicos à integridade física (podiam ser espancados), à liberdade, e em casos extremos, à própria vida, já que a lei os considerava propriedade do senhor, equiparando-os a animais (CARVALHO, 2002).

na desmistificação de que os direitos devem ser exercidos como direitos, livres de arbítrios ou autoritarismos, visando à ampliação e consolidação da cidadania²⁰.

Conseqüentemente, por longo período na história brasileira, observa-se que não havia no país um povo politicamente organizado, opinião política ativa, eleitorado esclarecido, resquícios ainda da herança colonial brasileira. Muitas pessoas deixavam de votar por não conseguirem provar seus rendimentos, assim como por constituírem-se analfabetos (80% da população masculina era analfabeta). Entretanto, os Movimentos Políticos indicavam lentamente o início de uma Cidadania Ativa (Movimento Abolicionista, Movimento Tenentista, Revolta dos Cabanos, etc), como uma nascente consciência de direitos (CARVALHO, 2002).

Posteriormente, já no Brasil de 1881 a 1925, observa-se que passou a serem esperados do povo manifestações “políticas adequadas, aquelas que estão dentro dos limites previstos no sistema legal”, conferindo à concepção de cidadania, limites muito estreitos para sua significância, sobretudo no que se refere ao voto. Assim, torna-se necessário considerar outras modalidades de participação menos formalizadas, em que o povo passava a expressar “cidadania ativa” (CARVALHO, 2002, p. 67). Na observância de distintas Revoltas, principalmente no período da Regência, verifica-se que tiveram grande participação popular, principalmente em caráter de reação contra as reformas que vinham sendo implementadas pelo governo. Embora o povo expressasse seus valores de maneira ainda difusa, nota-se que ele lutava pelos valores que lhes eram mais caros, especialmente em movimentos que enalteciam sentimentos regionalistas em detrimento dos nacionalistas, ocasionando que o patriotismo continuasse provincial²¹.

Não era esperado que a população, saída da dominação colonial conseguisse exercer sua cidadania, até porque a população historicamente vivenciou a lógica da

²⁰ O 3º Princípio Fundamental do Código de Ética dos Assistentes Sociais indica a “Ampliação e Consolidação da cidadania, considerando tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia de direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras” (CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL, 2003, p. 15).

²¹ A idéia de pátria manteve-se ambígua até mesmo depois da Independência do Brasil, pois a “identificação emotiva” do povo era com a província, “o Brasil era uma construção política, um ato de vontade movido antes pela mente que pelo coração” (CARVALHO, 2002, p.77).

benesse, com concessões construídas na lógica do favor e não no exercício contínuo da cidadania, tampouco com o exercício do controle social. A Política de educação, por exemplo, a qual poderia focar-se em uma educação crítica e capaz de formar cidadãos éticos e reflexivos sobre a ordem social vigente, não era merecedora de investimentos, até porque quanto mais desinformados e “domesticados” fossem os sujeitos, mais fácil seria manipulá-los a favor do governo. Quem, portanto, estava mais preparado para a democracia e a cidadania no Brasil? O povo ou as elites? Quem forjava eleições, quem comprava votos, quem não investia em políticas públicas de qualidade, quem sempre manipulava o povo e utilizava-se de um discurso de “democracia e justiça social”?

Com os direitos civis e políticos tão precários até 1920, pouco se falava em direitos sociais, ficando a Assistência Social na tangente, nas mãos de associações particulares que se fundamentavam na proporcionalidade das contribuições de quem dela necessitava. O pauperismo, fruto do século XVIII, era enfrentado somente agora, com a implementação das primeiras leis sociais, as quais se limitavam aos acidentes de trabalho e as caixas de pensão e aposentadorias (VALLA, 2005).

Uma marcha acelerada iniciou-se, a partir de 1930, principalmente no âmbito dos direitos sociais e políticos; a partir deste período, o Brasil passou a viver um período marcado por grande agitação política. *A priori*, somente a Regência, um século antes, e os anos iniciais da República tinham vivido situação semelhante.

(...) mas o período de 30 superou os anteriores pela amplitude e pelo grau de organização dos movimentos políticos. Quanto à amplitude, a mobilização atingiu vários estados da Federação, além da capital da República; envolveu vários grupos sociais: operários, classe média, militares, oligarquias, industriais (CARVALHO, 2002, p. 97).

Se os avanços dos direitos políticos, nesta época, foram limitados e sofreram consideráveis recuos, o mesmo não ocorreu na esfera dos direitos sociais. Uma extensa legislação foi promulgada, culminando na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Em 1932, foi regulamentado o trabalho feminino e estabelecia-se igualdade salarial entre homens e mulheres. *A posteriori*, o salário mínimo foi adotado já em 1943. Na área previdenciária, muito embora se tenha atendido uma

velha reivindicação dos trabalhadores no que se refere à cobertura previdenciária, o sistema continuava a excluir uma grande parcela, categorias importantes de trabalhadores, como os autônomos e as trabalhadoras domésticas (CARVALHO, 2002).

A “cidadania regulada”, categoria evidenciada por Carvalho (2002, p. 114) está atrelada à concepção de política social voltada para privilégios e não para direitos; já que como direito, deveria atender a todos os cidadãos da mesma maneira. Entende-se que o governo preconizava favorecer aqueles que se “enquadravam na estrutura sindical corporativa montada pelo Estado” (CARVALHO, 2002, p. 115). O sistema de serviços e benefícios não se pautava na oferta universalizada e na garantia igualitária dos direitos reconhecidos e definidos somente em lei.

Estamos em meio a uma travessia de regressão dos direitos sociais e de destituição do legado de conquistas históricas dos trabalhadores e classes populares, em detrimento da defesa do mercado e do capital. Isto se deve a um processo que é potencializado pelas orientações neoliberais que naturalizam as desigualdades sociais e desresponsabilizam o poder Estatal. Há um deslocamento da regulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais para a iniciativa privada (IAMAMOTO, 2004).

Diante deste quadro, tornam-se necessárias pressões das associações sindicais e políticas que consigam pressionar o setor público em relação à abrangência das políticas sociais, assim como sobre a efetividade destas, responsabilizando o poder Estatal por suas funções. Mais do que caracterizarem-se por concessões historicamente determinadas pelo atendimento assistencial aos pobres, as políticas sociais possuem atualmente o patamar do direito da população e de obrigação do Estado (GENTILLI, 1998).

As associações profissionais também possuem um papel fundamental nas problematizações sobre os direitos sociais, possibilitando ainda que outras categorias profissionais se envolvam com a garantia dos direitos sociais, como por exemplo, os médicos sanitaristas que se mobilizaram em defesa da Saúde Pública e da Reforma Sanitária (GENTILLI, 1998). O compromisso com os direitos sociais

e com a ampliação destes é fundamental diante da profunda desigualdade social em nossa sociedade brasileira.

Atualmente, considera-se que uma das dificuldades mais freqüentes encontradas pelos profissionais de Serviço Social, é que por um lado ele tem de responder as atuais requisições do mercado de trabalho submetido às novas modalidades de organização dos processos produtivos, em contrapartida, cabe desenvolver novas competências “e legitimidade social para o enfrentamento das demandas emergentes, sobretudo daquelas que vão consolidar as novas forças de produção e de reprodução da força de trabalho” (NETTO, 1999, p. 106). Demandas essas que se referem à cidadania em seu sentido completo - de acesso aos direitos civis, políticos e sociais - subsidiando a visibilidade do termo “questão social” em toda sua complexidade, de forma a não ocultá-la pelo discurso da exclusão social²².

A tessitura do processo histórico de como vêm se conformando a Cidadania no Brasil, bem como quais as contribuições que os profissionais de Serviço Social na consolidação e ampliação desta Cidadania, é uma reflexão que impõe constante. A categoria “Cidadania” emergiu de diferentes maneiras nas entrevistas realizadas com os sujeitos desta pesquisa, caracterizando-se, portanto, como uma categoria empírica que se expressa no cotidiano profissional. Afinal, os sujeitos desta pesquisa apontaram, com distintas falas, a vinculação de seus “Trabalhos” com a garantia de direitos, tendo em vista que consideram que (...) “com a palavra e a escuta se mostra que eles (os usuários) são capazes de ir atrás de seus direitos” (AS 1); direitos esses que se constituem cerne do trabalho do assistente social, o qual (...) “trabalha com os direitos dos trabalhadores” (AS 2), “garantindo o acesso a Política de Saúde” (AS5), além de outras que possuem interface com a concepção ampliada de Saúde. Todavia, apesar dos profissionais relatarem que trabalham com os direitos dos usuários, os depoimentos anunciam uma concepção de direitos fragmentada, reduzindo e parcelando os usuários. Percebe-se que eles trabalham

²² O uso impreciso do termo exclusão acaba por ocultar e traduzir, ao mesmo tempo, o estado atual da questão social, pois se vem atribuindo uma heterogeneidade de sentido a essa categoria. Para aprofundamento, vide Castel (1995).

com uma concepção de direitos limitada ao direito à Saúde, reduzindo e ocultando que a Saúde se concretiza na interface com a habitação, com a educação, com a assistência social, com a qualidade de vida, entre outros aspectos que determinam e condicionam a Saúde do usuário e núcleo familiar.

Considera-se que para uma compreensão do trabalho dos assistentes sociais na Saúde é fundamental o conhecimento da Política de Saúde de forma mais estrutural e totalizante, ou seja, contextualizando-a enquanto política social, até por que ela também é permeada pelas diferentes funções (das políticas sociais) acima elencadas.

4.2 A Emergência da Política de Saúde no Brasil e Panorama Atual: construção de um processo inacabado

A concepção e implementação da Política de Saúde no Brasil possuem estreitos laços com a situação atual de fragilidade e de dificuldade de acesso de muitos sujeitos que dela necessitam de forma gratuita, como um direito social. Isso se reflete, muitas vezes, em dificuldades na aderência a tratamentos de doenças crônicas. Portanto, considera-se necessário examinar o processo histórico do acesso à Saúde Pública, no Brasil, a fim de que possamos compreendê-lo em sua processualidade, avanços e retrocessos. Então, estudou-se momentos históricos significativos, discutindo os principais critérios adotados pela sociedade brasileira para organizar o seu Sistema Único de Saúde.

As políticas neoliberais, constituídas em meados da década de 70 (setenta) do século passado, nos países centrais - que entre outras características, ocasionava a minimização do Estado Social - disseminava-se pelo mundo capitalista alcançando os países periféricos, entre eles o Brasil, ocasionando impactos, também, na área da Saúde. Por consequência, de um modo geral, os alvos mais freqüentes foram e têm sido as políticas sociais, entre elas a Saúde (COHN, 1999, p. 60). Com esses impactos, ocasionados pela perversidade do

capitalismo que se alastrava pelo Brasil, influenciando as políticas de uma forma geral, a população constituía-se em capital humano, por significar a mão-de-obra.

Assim, as práticas de proteção à saúde foram adotadas pelo Estado Brasileiro, e então a população, assim como suas necessidades, passou a ser compreendida em uma lógica de manutenção de um sistema que se submete aos interesses do capital. Pela primeira vez, o país passou a elaborar planos de combate às enfermidades que interferiam na execução de atividades dos trabalhadores e, *a posteriori*, na acumulação de capital, (BERTOLLI, 2004, p. 14). Desta forma, o Brasil republicano (a partir de 1889) objetivava a criação de uma "Política de Saúde", que viria articulada com outras políticas: educação, alimentação, habitação, transporte e trabalho. Em âmbito geral, a intervenção do Estado, nestas áreas, denominava-se política social (BERTOLLI, 2004, p. 14).

Tais dados nos convocam a refletir acerca da imersão das políticas sociais, inclusive a Política de Saúde no país, norteadas pelo interesse de manter a Saúde do trabalhador e não do cidadão, isto é, com o intuito de que a produção não sofresse prejuízos, que o trabalhador pudesse continuar suas atividades de trabalho, não interferindo na acumulação de riquezas dos seus empregadores.

A crescente intervenção médico-sanitária, nos espaços urbanos, foi recebida com desconfiança e medo pela população. A retirada, à força, dos ambientes a serem saneados, foi constantemente acompanhada por vigilância policial, pois se temia que o povo se revoltasse, agredindo os agentes sanitários (BERTOLLI, 2004). Os caminhos trilhados pelos sanitaristas, neste período, a partir da abordagem da doença como principal problema nacional, interagem, decisivamente, com questões cruciais da ordem política brasileira, destacando a consolidação de uma sociedade marcada pela presença de doenças transmissíveis (FINKELMAN, 2002).

A Política de Saúde na Era Vargas (1930-1945) era incluída no conjunto das reformas a serem realizadas. Logo, o novo ministério determinou ampla remodelação dos serviços sanitários no país como uma estratégia de o governo federal ter pleno controle desses serviços (BERTOLLI, 2004). Posteriormente, em

seu segundo mandato, em 1953, foi criado o Ministério de Saúde, resultado de sete anos de debate e luta da população.

O processo de urbanização foi umas das mais importantes transformações ocorridas durante a segunda metade no século XX. Tal processo influenciou as condições ambientais e sociais das cidades, dado seu impacto na infra-estrutura de serviços públicos e na saúde, trabalho e educação (FINKELMAN, 2002). Logo, iniciaram-se, nas décadas de 1960 a 1970, debates sobre as Políticas de Saúde, dando enfoque à pobreza, relacionando-a com as práticas sanitárias:

Foi durante o período mais repressivo do autoritarismo do Brasil, final dos anos sessenta e início dos setenta, que se transformava a abordagem dos problemas de saúde e se constituía a base teórica e ideológica de um saneamento médico-social (ESCOREL, 1998, p. 20).

O movimento sanitário vem provocando, desde os anos Geisel, reviravolta na Saúde (FLEURY, 1995). Esse movimento trouxe, junto com novos conceitos de Saúde e com a luta popular, o Sistema Único de Saúde como obrigação estatal e como direito do povo.

Portanto, tem-se de pensar na concepção da abordagem social em práticas de Saúde como fato recente, novo, e que está ainda sendo implementado. Pois, nas décadas acima referidas (década de 60 e 70, do século XX), começou-se a pensar em tratar as enfermidades, a partir da análise do contexto social da população, possibilitando a iniciação do Serviço Social com suas intervenções no campo da Saúde.

Nesse ínterim (final dos anos sessenta, do mesmo século), a Política de Saúde, vinculada ao sistema previdenciário, percorria longa e conturbada trajetória. Somente tinham pleno acesso à Saúde, à assistência social e ao sistema previdenciário aqueles sujeitos que se encontravam incluídos no mercado formal de trabalho. Logo, os que estavam desempregados, assim como empregados rurais e outras categorias encontravam barreiras e obstáculos para acessar seus direitos (BOSCHETTI, 2001).

Na construção do sistema de proteção social brasileiro esteve sempre presente o controle estatal, constituindo-se, assim, como uma forma estratégica, adotada pelo Estado para controlar as tensões advindas do embate entre as classes sociais. Criam-se, assim, as primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensões e após os Institutos de Aposentadoria e Pensões, os quais tinham a função explícita de controlar as contribuições dos trabalhadores (PANOZZO, 2004).

Em contexto nacional, concebe-se que o sistema de proteção social pode ser considerado caudatário, já que alcançou tardiamente seus direitos previstos neste sistema, sendo somente a partir da década de 1970 quando o Estado passou a assumir a responsabilidade sobre os direitos da população. Afinal se observa que, até a instituição da Constituição Federal (1988), a história da Política de Saúde demonstra que as pessoas que não tinham atividades de trabalho contratuais, restava-lhes a medicina popular, exercida comumente por benzedeiros, curandeiros ou ainda nas Santas Casas de Misericórdia, onde era predominante o tratamento de pobres ou indigentes (COHN, 1999). Isto é, os cidadãos que não “produziram”, que não estivessem inseridos no mercado de trabalho, eram merecedores de favores (benzedeiros, curandeiros), ou ainda da filantropia e benesse.

Mais tarde, já na Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986), debatia-se o conceito de Saúde, segundo os critérios que viriam a alargar a concepção da mesma:

- Campo biológico: idade, hereditariedade, etc.
- Campo físico: água, alimentação, moradia, etc.
- Campo socioeconômico: ocupação, renda, etc.
- Oportunidade de acesso a serviços (COSTA; CARBONE, 2004, p.4).

Nas entrevistas realizadas, observou-se que a emergência da Política de Saúde, o seu processo histórico e fatos mais significativos na conformação do acesso à Saúde no Brasil, são parcialmente apreendidos pelos assistentes sociais,

como revela o fragmento a seguir: “Conheço o básico. Conheço mais a atualidade do Sistema Único de Saúde, para estar atenta para o que vai surgindo”(AS7). O profissional reforça o entendimento de que sua prática profissional necessita que ele esteja muito mais atenta para a atualidade do que para o contexto histórico da Saúde. Outro fragmento reforça a análise anterior: “Conheço pouca coisa da história. É que a gente sabe mais é da prática” (AS3), revela outra profissional sobre as exigências que os assistentes sociais vivenciam nos espaços ocupacionais para dar respostas à realidade que se coloca a eles. Não obstante, são atinentes reflexões sobre como se conhece uma realidade de Saúde descolada de sua gênese, de seu processo histórico, das contradições que a permeiam, dos interesses antagônicos e dos projetos societários e políticos que disputam e que coexistem na área de Saúde. As ações que se desenvolvem no tempo histórico atual, afinal, são subsidiadas por consequências e reflexos de um contexto histórico já superado em alguns aspectos e ainda inacabado em outros, como discutir-se-á a *posteriori*.

Com uma exceção, um dos profissionais menciona sobre a historicidade da Saúde no Brasil e revela conhecer esse contexto histórico:

“(…) Sim (conheço), fiz um curso na Escola de Saúde Pública. Destaco a Reforma Sanitária como um movimento que impulsionou a consciência para a Política de Saúde” (AS5).

Sabe-se que o Movimento da Reforma Sanitária tem uma importância significativa na construção da atual Política de Saúde, sendo um movimento organizado e que representou uma ruptura sobre como se percebia a Saúde. Foi em meados dos anos 70 (setenta) que iniciou este movimento chamado Reforma Sanitária, tendo como um de seus marcos um dos eventos político-sanitários mais marcantes da época: a VIII Conferência Nacional de Saúde, como já foi citado anteriormente. Um dos profissionais destacou a Reforma Sanitária como um divisor de águas sobre a forma de se conceber a Saúde, principalmente no fortalecimento da participação popular e na descentralização dos serviços de Saúde. Nos depoimentos, verifica-se que os entrevistados não estabelecem relação da concepção mais ampla de Saúde (muito embora com nomenclaturas já

superadas, como será evidenciado a seguir) utilizada atualmente – e que todos mencionaram – com a Reforma Sanitária. Afinal, a concepção ampliada de Saúde possui na sua essência marcas conquistadas a duras penas e por muitas pressões decorrentes da Reforma Sanitária.

Sobre conhecer a Política de Saúde no Brasil, os assistentes sociais informam:

“Conheço um pouco, recentemente procurei livros que falavam desses assuntos” (AS2).

“Conheço pouca coisa da história. É que a gente sabe mais é da prática. Sentimos muitas dificuldades com a internação, de se conseguir leito, e aí se percebe a Saúde atual, as fragilidades do Sistema Único de Saúde” (AS3).

“Conheço pouco. Conheço mais da atualidade do que da história. Procuro não ouvir só o que o paciente sempre vem falar do SUS (falar mal), e sim ver que tem outros caminhos de acesso ao Sistema Único de Saúde, e que os profissionais exploram pouco...”(AS4).

“Em partes. Conheço mais a parte atual, que é mais próxima de nós” (AS5).

“Sim, (conheço) o processo histórico e a atualidade” (AS6).

Muito embora os profissionais mencionem não conhecer com profundidade a história da Política de Saúde, reconhece-se que a importância de conhecer a história desta política materializa-se em reconhecer seus avanços, tropeços, acúmulos de saberes, rupturas, heranças. A partir do conhecimento dos fatos e episódios mais significativos sobre a Política de Saúde, é possível uma apreensão crítica dos processos sociais a ela inerentes, além de uma visão mais totalizante destes processos. O não conhecimento da historicidade pode fragilizar inclusive como o assistente social trabalha com o acesso aos direitos sociais. Pois, em uma perspectiva, ele pode trabalhar os direitos como inerentes, intrínsecos aos usuários

ou estando, até mesmo, à mercê do mercado; já em outra, o profissional poderá abordar o acesso aos direitos sociais pelo viés de luta, conquista e mobilização popular. Como demonstra Iamamoto (2008), se os assistentes sociais trabalham com as mais diversas expressões da questão social, tanto esclarecendo sobre quais são esses direitos como a forma de acessá-los, o significado de seu trabalho

(...) muda radicalmente ao voltar-se os direitos e deveres referentes às operações de compra e de venda. Se os direitos sociais são fruto de lutas sociais, e de negociação com o bloco de poder para o seu reconhecimento legal, a compra e venda de serviços no atendimento a necessidades sociais de educação, saúde, renda, habitação, assistência social, entre outras, pertencem a outro domínio – o do mercado (...) (p. 206).

Ou seja, a autora chama a atenção para a cautela que devem ter os profissionais ao abordarem a acessibilidade aos direitos sociais. Entende-se que, se houver uma compreensão acerca dos processos históricos que contribuíram e que legitimaram a constituição de determinado direito, a abordagem profissional será diferenciada ao colocar no patamar de direito social o que muitas vezes é apreendido como “benesse” do mercado.

A questão que se refere ao conceito de “Saúde” aponta que uma parcela do grupo entrevistado vem conceituando Saúde de acordo com uma concepção ampliada e alicerçada em fatores que estão para além da situação de doença, como se percebe pelos depoimentos de alguns assistentes sociais:

“Saúde não é só falta de doença, é um “todo” funcionando: lazer, ambiente, contexto de vida, infra-estrutura. Eu tento trabalhar nesta perspectiva” (AS1).

“Bem estar físico, emocional, mental e a busca por este bem-estar. O meu trabalho é muito de trabalhar com o emocional, com o otimismo e de eles se cuidarem, de buscarem o tratamento adequado” (AS3).

“Bem estar físico, mental, social e econômico. Acho que trabalho nesta perspectiva, principalmente com o bem-estar e com a qualidade de vida, de não viver só em função da Hemodiálise” (AS4).

“Saúde é poder prevenir; engloba também aspectos sociais, de qualidade de vida, econômicos. Tento articular isso” (AS6).

Os indicadores²³ que vêm a abarcar o conceito de Saúde na contemporaneidade ocasionam que se incorpore como fatores determinantes: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (LEI DA SAÚDE, 2003, p. 161).

Outro profissional conceitua Saúde fazendo menção à categoria “biopsicossocial”:

“Saúde é o bem-estar biopsicossocial dos usuários. Procuo tentar desenvolver esse conceito, essa linha” (AS2).

Quando um dos profissionais destaca a Saúde como sendo um “bem-estar biopsicossocial” suscitaram-nos inquietações sobre esta terminologia que vem imbuída de sentidos. As representações que parecem estar intrínsecas a esta terminologia apresentam-se ultrapassadas, já que a condição do estado de Saúde parece estar como uma mera aferição do estado de adoecimento. Apesar de o “biopsicossocial” estar mascarando-se em uma pseudototalidade dos sujeitos, crê-se que é secundarizado à totalidade dinâmica e integrada do ambiente que o cerca.

Essa forma mais ampla de entender Saúde, para além do biopsicossocial, requer a capacidade de luta contra todos os fatores que limitam o desenvolvimento físico, mental e social do ser humano, ou seja, a capacidade de atuar contra todos os fatores que levam à doença estar relacionada com as formas de organização da sociedade civil e com os compromissos estatais legislados. Necessitando, assim, legítimar-se que a conceituação de Saúde não pode excluir o contexto de vida dos

²³ Os indicadores mencionados referem-se ao acesso aos “fatores determinantes e condicionantes da saúde, tais como: acesso ao meio físico adequado às necessidades do sujeito, acesso ao entorno socioeconômico e cultural satisfatório e de acordo com as condições básicas de sobrevivência, fatores biológicos, onde devem existir políticas sociais e de saúde que protejam esses fatores e acesso a oportunidades e serviços que visem à promoção, à proteção e à recuperação da saúde” (PROMED, 2005, p.26 e 27).

sujeitos, não centralizando somente nele “seu estado de Saúde”. Através de uma visão mais holística, entende-se que o somatório bio+psico+social não se equivaleria ao todo. Pois, percebe-se uma dimensão, que compõe a Saúde, mais difícil de ser mensurada: a espiritualidade.

O reconhecimento desta espiritualidade implica o reconhecimento ao todo indivisível que cada pessoa representa, primando pela não-fragmentação de fatores que alargam uma concepção de Saúde que considera o mundo espiritual, para além do mundo material. Assenta-se nessa premissa que muitas coisas podem ser explicadas pela fé, pela crença, pela espiritualidade, incluindo-se a recuperação e melhoras significativas em tratamentos de Saúde. Pois, a espiritualidade estaria condicionando como os usuários lidam com a doença renal e com o sofrimento dela proveniente.

Muito embora não tenha o mesmo significado de espiritualidade, alguns profissionais expressaram, ao conceituarem “Saúde”, uma outra dimensão que consideram relevante: a “religiosidade” e o “afetivo”, como se percebe nas seguintes falas:

“Bem estar completo: físico, mental, religioso, afetivo. Se busca trabalhar nesta perspectiva. A pessoa pode estar doente fisicamente, mas pode estar bem emocionalmente e de religiosidade, sabendo lidar melhor com a doença” (AS5).

“É amplo: habitação, lazer, educação, alimentação, trabalho, auto-estima, o religioso e o emocional. É o indivíduo dentro de um todo; além de suas necessidades básicas, há outras necessidades que nem sempre se considera” (AS7).

Quando um profissional de Serviço Social revela que “trabalha muito com o emocional (AS3)” do usuário, gera indagações sobre de que forma se assenta esse “trabalho com o emocional”. Esta indagação aponta para o risco de fazermos uma análise que desconsidere a importância desse “emocional”, entendido também

como expressão da subjetividade dos sujeitos. Por outro lado, sabe-se do risco de uma abordagem individualizadora, centrada no indivíduo, descontextualizada.

As respostas acima demonstram, assim, que apesar de conceituar-se “Saúde” considerando um bem-estar que envolve aspectos físicos, sociais, emocionais, econômicos, contexto de vida, ambiente, acesso a serviços, entre outros aspectos citados pelos profissionais, há um distanciamento entre a conceituação de Saúde e sobre trabalhar com a perspectiva apontada.

Embora esta pesquisa não se tenha proposto a aprofundar a conceituação de Saúde, era relevante compreender como os assistentes sociais concebem “Saúde”, já que é a partir desta concepção que se estabelecem os seus trabalhos, a leitura crítica de realidade, os seus objetivos de intervenção, a finalidade e objeto de trabalho.

Os limites e possibilidades institucionais parecem transversalmente refletir nas ações dos assistentes sociais, mesmo quando eles possuem clareza da conceituação de Saúde amplamente utilizada e difundida na atualidade. É necessário compreender o Hospital e as Unidades Hospitalares como parte de uma Política de Saúde que possui marcas e ainda práticas calcadas em um modelo assistencial individualista, com ênfase na dimensão curativa das doenças, o que acaba, por vezes, limitando às ações dos profissionais.

A promoção à Saúde em nenhum momento aparece nas falas do grupo que foi entrevistado. Promoção esta que se assenta na potencialização dos sujeitos nas suas condições de vida e que convergem para desafios sócio-políticos e culturais que nas últimas décadas ensejam para novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários. Essas novas formulações apontam para processos de capacitação dos sujeitos em melhorar suas condições de Saúde, o que prioritariamente deveria ser realizado no âmbito comunitário. Afinal, em *locus*, junto aos usuários, seriam mais facilmente identificadas suas aspirações e necessidades.

Essas ações de promoção visam romper com a percepção de que a Saúde é resultante de cuidados restritos de médicos, estimulando os profissionais para o crescimento de discussões, teorizações e políticas de promoção à Saúde. Emerge,

assim, a necessidade de desenvolvimento de conhecimentos e habilidades em promoção da Saúde, despertando o interesse da sociedade sobre o tema. Afinal, para além de prevenir e recuperar, os profissionais de Saúde serão cada vez mais instigados por sua atuação na promoção da Saúde. Esse redirecionamento da atuação se deve à análise que evidencia que a Saúde é resultado dos modos de organização da sociedade em determinado contexto histórico e que o aparato de profissionais de Saúde nem sempre consegue modificar os condicionantes e determinantes mais amplos desse contexto, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas, minimizando ações promocionais para à Saúde (CAMPOS, 2004).

Acerca da constitucionalidade da Saúde no Brasil, salienta-se que a promulgação da Constituição Federal traz a Saúde como um direito social e como um dever do Estado, em que nela são asseguradas a universalidade e a igualdade nos serviços de Saúde.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 92).

O conceito de seguridade social como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à Saúde, previdência e assistência social, é considerado uma das mais importantes inovações somadas à Constituição Federal de 1988 (FINKELMAN, 2002). Assim, o acesso à Saúde passa a ser reconhecido como direito social, definindo um novo paradigma para a intervenção estatal na área. O Sistema Único de Saúde, no entanto, compreendido como sendo um processo social em construção, não iniciou em 1988, com a sua criação na promulgação da Constituição Federal, nem tampouco está consolidado. Quando se faz menção a um processo social significa afirmar que a realidade de pano de fundo da Política de Saúde no Brasil está mergulhada em distintas representações de interesses permeados pelas dimensões políticas, sociais, ideológicas e institucionais.

Com a promulgação da Carta Magna, o direito à Saúde torna-se constitucional e, portanto, dever do Estado. As diretrizes do Sistema Único de Saúde, no Artigo 198, estabelecem a:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Na operacionalidade destas diretrizes, se percebem dois projetos societários antagônicos, bem como Projetos Profissionais que se antagonizam em seus discursos e práticas, muito embora convivam e coexistam dentro dos mesmos espaços sócio-profissional, pois concebem de forma distinta o acesso a Saúde em sua concepção mais abrangente. Em desdobramentos políticos para a materialização do SUS esse antagonismo é denominado por Campos (1997) como Projeto Conservador ou Projeto Progressista.

Nas propostas de cunho conservador, salienta-se a estratégia de privatização ou de desestatização das funções públicas; a estratégia de austeridade, a qual expressa “valores de renúncia, disciplina e senso comunitário” e a estratégia de seletividade, a qual determina uma filtragem da demanda excedente (CAMPOS, 1997, p. 18).

Em contrapartida, a estratégia política e administrativa de elevação das prestações estatais, que exige “reformas estruturais” e o “potenciamento de indicadores sociais e programação de orçamentos”, constituem as propostas de cunho progressista, criticamente apresentadas por (CAMPOS, 1997, p: 18).

As duas formas acima, embora com interesses antagônicos e caminhando em uma direção norteada por interesses opostos, não podem ser compreendidas de maneira dicotomizada; deve ser considerada a possibilidade de existirem outras formas de modos de produção em Saúde, “aceitando a hipótese apresentada de heterogeneidade das formas de prestar atenção em Saúde”, onde há uma “superposição de modelos assistenciais” (CAMPOS, 1997, p. 40). A homogeneidade também não seria marca característica de uma sociedade que, determinada historicamente, não se pautou pela produção de serviços em Saúde de maneira

homogênea e, sim, permeada por projetos societários e profissionais em tensões e disputas.

É evidente que a proposta de instituição de um sistema público de Saúde, enquadra-se na perspectiva das propostas progressistas já que ressaltam uma ampliação qualitativa e quantitativa da ação estatal. Isto reafirma que o acesso à Saúde não se efetiva pelos ideários conservadores, definindo-se de maneira radical sobre o dever do Estado em cumprir o direito à Saúde, sendo ela reconhecida não como um serviço factível de troca de mercado.

Na contracorrente, observa-se que o discurso e a atuação dos últimos governos da república têm se vinculado a propostas de privatização, da contenção de gastos, da seletividade de demandas. Ou seja, o cerne, a contradição central do processo de reforma sanitária é, claramente, o predomínio do ideário pertencente ao projeto neoliberal enquanto há uma determinação legal - respaldada pela Constituição Federal e pela lei que estabelece o Sistema Único de Saúde - que aponta em outro sentido. Em partes, justifica e legitima a dominância do projeto conservador de entender a Saúde, a eficiência do esquema de dominação ideológica do neoliberalismo, o que tem impedido que essas discussões tomem outros caminhos e que incluam a própria sociedade nesta questão.

Afinal, não se conhece pela história da Saúde, no Brasil, a afirmativa que a sociedade capitalista esteve pronta a conceder o direito à Saúde. Muito pelo contrário, é a partir das pressões sociais e da luta organizada das massas populares que a Saúde é (re) definida no patamar do direito social. O alicerce do direito a Saúde revela-se no bojo de um processo democrático de gestão da Política de Saúde que assenta-se na premissa de formulação de um “novo” modelo técnico-assistencial, coerente com um projeto social mais amplo e que exige um setor estatal funcionante, eficaz e resolutivo (MERHY, 1997). Para isso é importante que o reconhecimento da Saúde transcenda uma “abordagem limitada e centrada em um discurso acrítico e normativo”, que obscurece o direito a Saúde para uma prática filantrópica (NOGUEIRA; MIOTO, 2007 p. 6).

Essa discussão sobre a Saúde como um direito inerente à condição humana, vai para além de um “direito satisfeito” o que é muitas vezes é interpretado como a

realização de um exame, de uma consulta. O direito a Saúde que se deseja ressaltar é inseparável dos processos relacionais, entre profissionais e usuários. Essa relação deve ser calcada de forma a romper com um modelo assistencial que opera, hoje, em nossos serviços e que é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro de uma lógica hegemônica do modelo médico-liberal, o qual minimiza a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar às ações médicas (MERHY, 1994).

Merhy (1994) alerta sobre a subordinação dos profissionais de Saúde a lógica dominante, que empobrece e menospreza a dimensão cuidadora na ação profissional. Para essa dimensão cuidadora se operacionalizar faz-se necessário voltar o olhar para o vínculo que se estabelece com o usuário, de modo a produzir acolhimento, responsabilização e vínculos, sendo sempre o profissional um operador de cuidados, independentemente da profissão de Saúde que tenha e desenvolva.

Alguns assistentes sociais, partícipes deste estudo, ilustram que suas percepções sobre o trabalho do assistente social, assim como uma das principais contribuições destes nos seus espaços de atuação, é a relação que conseguem estabelecer com os sujeitos atendidos. Nesta relação está agregado o fator da cronicidade, como é inferido em uma das falas, já que a doença renal caracteriza-se por ser crônica e não transitória. Sobre isso foi salientado que:

“É importante ter uma boa relação profissional com paciente, por que ele permanece, tem paciente fazendo Hemodiálise aqui há 22 anos. É preciso controlar a parte do apego” (AS2).

“Eles saberem que podem contar com um profissional disponível a orientar (e não a julgar), que tem empatia, sensibilidade, vínculo com o paciente” (AS4).

Nestas afirmativas, nos parece que a ação profissional está muito mais centrada na relação profissional/usuário, privilegiando uma perspectiva de alívio de tensões, em uma abordagem individualizada; necessária, mas não suficiente. O trabalho com a rede familiar ou comunitária, assim como a interface com outras

políticas públicas e com a própria política de Saúde, parece não estar sendo valorizado pelos assistentes sociais. Não foi verbalizado pelos profissionais contatos com UBS - Unidade Básica de Saúde - mais próxima da residência do usuário, ou com CRAS - Centro de Referência de Assistência Social – ou Insituições que componham a rede sócio-assistencial; redes que certamente poderiam auxiliar os usuários e familiares em seu entorno, em seu contexto de vida, pois ambas são orientadas por políticas que preconizam a territorialidade²⁴.

A territorialidade deveria operar também com a prevenção e educação em Saúde, prevenindo-se o ingresso no tratamento dialítico, prorrogando-se a insuficiência renal crônica. No entanto, é destacado por um assistente social entrevistado que pouco são percebidas ações neste sentido:

(...) na prevenção primária não é feito nada. (...) às vezes uma mínima informação desencadeia um processo de mudança (AS7).

Ou seja, este profissional chama a atenção para o trabalho em rede que, muitas vezes, pode ser iniciado em informações sobre outros serviços existentes nas comunidades próximas ao entorno do usuário. Afinal, esse trabalho em rede preconiza a dimensão de “territorialidade”, tendo que desvelar os diversos atores e setores sociais que podem contribuir com a situação/realidade do usuário e familiares (KOGA, 2003). Ao considerar a perspectiva de localizar, no território mais próximo dos usuários os diferentes espaços e âmbitos nos quais eles podem ser atendidos, configura-se os nós da perspectiva de redes sociais. O desafio que se coloca, portanto, aos profissionais de Saúde, é de tecer um conceito propositivo de rede social. Porém, há ainda uma estrada a ser construída nesse sentido, a que atravessa alternativas antagônicas para a concretização da atenção aos direitos sociais, principalmente diante das “novas” configurações de proteção social do Estado mínimo.

²⁴ Tanto a Política de Saúde quanto a Política de Assistência Social expressam a relevância do atendimento no local mais próximo da residência dos sujeitos, permitindo, assim, um acolhimento e uma compreensão mais próxima das particularidades de determinado território. O atendimento também em território local se pauta no Princípio da Regionalização do atendimento, como será apresentado a seguir.

Ao falar em Estado, é importante destacar avanços na esfera do legislativo sobre a regulamentação da Política de Saúde, salientando-se que a Lei da Saúde - 8.080/90 - dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da Saúde. Em seu capítulo III são apresentados os Princípios de:

- I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III. Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV. Igualdade da assistência da saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V. Direito à informação as pessoas assistidas sobre sua saúde;
- VI. Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII. Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII. Participação da comunidade;
- IX. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo:
 - a. Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b. Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X. Integração em nível executivo, das ações de saúde, meio-ambiente e saneamento básico;
- XI. Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação dos serviços de assistência à saúde da população;
- XII. Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII. Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (LEI DA SAÚDE, p. 164, 2003).

Trabalhar na perspectiva dos princípios do Sistema Único de Saúde foi um dos questionamentos que, surpreendentemente, revelou que os assistentes sociais conhecem parcialmente estes princípios, sendo que os que referiram conhecer e aplicá-los em seus locais de trabalhos demonstraram silêncio quando entrevistados, abstenendo-se de comentar o conhecimento e a aplicabilidade destes princípios. Alguns profissionais mencionaram conhecer estes princípios da “faculdade ou do que estudei para concursos” (AS4), tornando implícito que estes princípios são manuseáveis e parte do acervo de conhecimentos, quando contam como matéria de estudo, de Faculdade ou de exames de concursos públicos, não configurando-se parte das ações realizadas. Alguns profissionais relataram conhecer os princípios do Sistema Único de Saúde, destacando como Princípios: a

Integralidade e a Humanização. Todavia, como demonstrado acima, a humanização em Saúde não se trata de um princípio, e sim pode se referir a uma postura e em maneiras de acolhimento em Saúde, ou ainda pode estar fazendo menção à Política de Humanização da Assistência à Saúde, implantada no Rio Grande do Sul em 2003. Esta Política, ao articular as práticas na área da Saúde, impõe como característica ou qualidade fundamental a humanização dessas práticas em todas as instâncias de Saúde.

Sobre a integralidade é importante salientar sua efetividade que se garante através de sistemas de referência e contra-referência, monitorados por acompanhamento e avaliação das equipes de Saúde, tanto da atenção básica quando de serviços de alta complexidade, como as Unidades de Diálise. Esse sistema de referência e contra-referência compreende um maior envolvimento e responsabilidade sobre os casos atendidos, pois mesmo ao encaminhar-se o usuário, não há a desresponsabilização da equipe que o acompanhava anteriormente. Ou seja, é uma responsabilidade partilhada que deveria ocorrer entre equipe da Unidade de Diálise e a Unidade Básica de Saúde, que atuaria no entorno do usuário.

Isso seria uma conexão direta entre os sentidos e possibilidades da integralidade e a efetivação do processo de referência e contra-referência. Estes conceitos não têm merecido a devida atenção dos profissionais da Saúde, especialmente, dos assistentes sociais que atuam neste âmbito. Afinal, estes mecanismos de referência e contra-referência não aparecem nas falas colhidas, as quais não denotam articulação entre os setores públicos e privados, entre os diferentes níveis de atenção em Saúde e também frente as demais Políticas Públicas, necessárias para o direito à Saúde em sua concepção mais abrangente.

Assim, seriam trabalhadas questões de prevenção e promoção à Saúde; prevenção dos fatores de risco; assistência aos danos; e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde-doença. O desafio da integralidade, portanto, é de suma importância como um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde, que deve ser vivenciado de maneira circular e organizado a partir da lógica de o que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada.

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, faz menção à garantia de continuidade de assistência com programa de referência e contra-referência, indo de encontro a Lei que estabelece o Sistema Único de Saúde. A participação na comunidade foi abordada por um assistente social, principalmente no que se refere ao acesso a recursos comunitários, inserção em programas, projetos e serviços comunitários, os quais já são possíveis de acesso no âmbito municipal. Como princípio constitucional e como eixo organizador do Sistema Único de Saúde, a participação comunitária é um ponto a ser destacado nos processos interventivos dos assistentes sociais que se pautam no Código de Ética e Projeto Profissional, além de representar o núcleo duro da Reforma Sanitária (NOGUEIRA; MIOTO, 2007, p. 8).

Perdura ainda hoje essa perspectiva de um modelo de Saúde liberal-privatista, o que vem se sustentando em posturas dos trabalhadores de Saúde,

“(…) capitaneados pelo estilo médico-centrado, que procura tratar o usuário, ou qualquer outro – inclusive os próprios trabalhadores de saúde – de uma maneira impessoal, objetivante e descompromissada” (MERHY, 1994, p. 118).

A legitimidade do direito à Saúde implicava a reconceituação da Saúde, exigindo para isso a criação de uma estrutura institucional que viabilizasse e garantisse o gozo deste direito. Com relação à revisão do conceito de Saúde, esta se faz em uma dupla dimensão:

“–(…) como concepção ampliada, incorporando os determinantes sociais do processo saúde/doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população, com a superação do paradigma clínico de atenção às enfermidades, para se projetar uma nova divisão de trabalho que atue em todas as funções inerentes à promoção, prevenção e reabilitação, garantindo ao paciente o lugar de sujeito ativo da sua condição sanitária;

– (….) a saúde assume a condição de função pública, a partir da definição de suas ações e serviços como sendo de relevância pública, reafirmando as prerrogativas do Poder Público na sua regulação, fiscalização e controle” (FLEURY, 1997, p.34).

Nesse sentido, a ampliação do conceito de Saúde vem apontando que devem ser englobados todos os fatores que influenciam as condições de Saúde da

população, incluindo-se determinantes e condicionantes como o meio físico (alimentação, água potável, condições geográficas), o entorno sócio-econômico e cultural, fatores biológicos e oportunidades de acesso a bens e serviços que objetivam a prevenção, promoção e proteção a Saúde (PROMED, 2005).

Tensionar para que as práticas profissionais estejam de acordo com esta concepção mais extensa e vasta de Saúde requer que o Conselho Nacional de Saúde, reafirme a noção ampliada da compreensão da relação saúde/doença como consequência das condições de vida e trabalho, reconhecendo como profissional da área o assistente social, dentre outros profissionais, e deixando claro que são imprescindíveis as ações interdisciplinares (VASCONCELOS; MASSON, MENEZES, et. al. 2004).

No reconhecimento da imprescindibilidade das ações interdisciplinares, objetivou-se conhecer como os assistentes sociais percebem a interface de suas intervenções com profissionais de outras áreas. Nas respostas a esta questão, há retornos no sentido de afirmar a interface com outros profissionais no espaço de trabalho:

“O trabalho conjunto faz parte das rotinas da Clínica: em projetos, em abordagens, tanto do paciente quanto da família. Cito profissionais como: médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social” (AS2).

“Muito boa (articulação). Não existe reunião. Já se tentou propor, mas não aconteceu. Há reuniões informais e conversas seguidas com a enfermagem. A gente faz aqui um pouco de trabalho de psicóloga” (AS3).

“Muito boa articulação, embora ainda seja uma luta diária mostrar o objeto de trabalho do assistente social, mostrar que é o papel do serviço social não é preencher formulários, fazer carteirinhas (que o serviço social não precisa se envolver com esta parte). Sobre a articulação, principalmente a enfermagem observa coisas e traz para o serviço social. Se tem discussões parelhas com a enfermagem e com os médicos” (AS4).

“A equipe flui bastante (enfermagem e psicologia, principalmente). Não se encontra muitas dificuldades” (AS5).

“O hospital é bárbaro neste sentido. Em todas as unidades, por ser um hospital-escola, há relações profissionais. Contudo, bastante com residentes. Há equipes com trabalho muito bons” (AS7).

Destaca-se, nas falas, que os assistentes sociais consideram “muito boa articulação” (AS3) com a equipe de trabalho, mesmo não especificando como de fato ocorre a comunicação entre a equipe, não estando evidente quais os canais de comunicação entre os profissionais e quais os espaços formais de discussão e de planejamento de ações interdisciplinares. Portanto, nas respostas dos profissionais essa articulação caracterizada como “muito boa”, acontece em espaços informais, traduzidas em ações cotidianas não planejadas. Não foi relato ocorrerem reuniões de planejamento e avaliação do trabalho, elaboração de projetos entre a equipe e *hounds*, ou seja, ações transdisciplinares que significam abertura entre as áreas do saber, ao que lhes atravessa e as ultrapassa. Assim tem-se na transdisciplinaridade, uma linha tênue que serve de limite entre o comprometimento e o individualismo de cada disciplina, sendo um dos mais necessários conceitos, quando tratamos de formação e educação (ANTÔNIO, 2002).

A transdisciplinaridade não significa apenas que as disciplinas colaboram entre si, mas significa também que existe um pensamento organizador que ultrapassa as próprias disciplinas. Para haver essa dita transdisciplinaridade, é preciso haver um pensamento organizador. O verdadeiro problema não é fazer uma adição de conhecimento; é organizar todo o conhecimento entre as diferentes áreas, construindo saberes úteis para a população atendida.(ROCHA FILHO 2007).

Um dos fragmentos das entrevistas realizadas evidencia “essa adição de conhecimento”, referida acima, quando o assistente social se percebe fazendo “ações de psicóloga” (AS3). Neste sentido, reafirmar cotidianamente junto à equipe quais são as atribuições que o assistente social tem na Unidade de Diálise, é

referido como um desafio, como uma “luta diária” (AS4), exigindo que o profissional tenha competência teórica, técnica e metodológica de argumentar, muitas vezes estrategicamente, quais são as atribuições do assistente social no espaço sócio-institucional. Essa parece ser a luta desses assistentes sociais. Isto é, não submetendo a sua identidade profissional a uma identidade atribuída por outros profissionais ou até mesmo pelos objetivos institucionais.

Essa identidade atribuída, historicamente, pela sociedade burguesa ao assistente social, fragiliza a consciência social da profissão e as condições da categoria em trilhar um percurso profissional em direção à consciência crítica, sendo muitas vezes absorvida pela tecnoburocracia da sociedade do capital. De acordo com os interesses burgueses, o Serviço Social teve uma identidade atribuída ao passo que tinha de constituir, junto à classe proletária, mecanismos que dessem uma “aura de legitimidade à ordem social burguesa”, reafirmando-se assim os objetivos do projeto hegemônico de domínio de classe. Incorre assim, apreender historicamente a profissão em suas conexões com o capitalismo (MARTINELLI, 2003, p. 62).

Contudo, a identidade própria de cada especialidade científica não pode ser levada ao extremo, sob pena de se considerar que uma ciência isolada, sem interface com outras disciplinas, poderia dar conta do real, aprofundando conhecimentos isoladamente. A interdisciplinariedade convida os diferentes profissionais de cada especialidade ultrapassar seus próprios limites, abrindo-se, em uma relação recíproca e contínua, às contribuições de outras áreas do saber em Saúde, negando uma concepção fragmentária, departamentalizada e de atitudes isoladas, pela “unitária do ser humano” (SÁ, 2000, p. 82).

Desta forma, algumas falas demonstram dificuldades dos profissionais em manter, em suas rotinas, práticas interdisciplinares, ou, transdisciplinares:

“As reuniões deveriam ser mais frequentes, mas temos um bom vínculo, respaldo. O que é solicitado é realizado. Já houve atendimento (conjunto) de enfermeira com o serviço social, mas não é sistemático” (AS1).

“Falta de comunicação. Não há atividade interdisciplinar sistemática. Eu tinha com a psicóloga, de discussão de caso. Eu acho que a escuta e a acolhida qualquer profissional pode fazer” (AS6).

Quanto a trabalhar considerando a dimensão preventiva em Saúde, foi respondido pelos assistentes sociais que trabalhar com a prevenção é trabalhar com fatores que digam respeito ao tratamento como um todo, privilegiando-se, principalmente, orientações sobre a alimentação e ingestão hídrica:

“(...) orientações sobre o tratamento, para que sigam a risca a alimentação, líquidos (ingestão), para prevenir complicações da doença” (AS1).

“(...) orientações sobre cuidados de alimentação, não tomar água, a higiene, os cuidados gerais. O profissional trabalha com a prevenção, mas nem sempre eles querem isso, nem sempre aceitam” (AS3).

“(...) orientações no sentido de não agravar complicações futuras (...)” (AS4).

Para se desenvolverem ações frente ao que acima está destacado, alguns profissionais mencionam ser necessário articular os familiares dos usuários:

“Faço contato/ entrevistas com os filhos e parentes mais próximos do paciente, podendo ser (contato com familiares) na 1ª entrevista familiar na clínica (...)” (AS2).

“(...) trabalho com a dinâmica da família para se prevenir conflitos e também com a prevenção da alimentação e a ingestão de água” (AS5).

Os extratos de falas acima destacam o compromisso dos profissionais em garantir o direito à informação, em enfatizar em suas práticas profissionais,

informações sobre a prevenção e educação em Saúde, e a participação da família neste processo. No entanto, percebe-se que as redes que compõe o contexto social da população poderiam ser mais acionadas por estes profissionais o que daria mais fôlego ao seu trabalho e maiores perspectivas aos usuários e suas famílias. Possivelmente, para as instituições localizadas mais próximas à moradia do usuário e familiares, seria possível realizar trabalhos preventivos mais eficazes se acompanhassem em seu *locus* as condições e modo de vida do usuário. Apenas foi mencionada a rede familiar do usuário, que conforme os depoimentos indicam-nos que seriam atendidos na Instituição Hospitalar e não em serviços próximos à residência do usuário.

A prevenção²⁵, dimensão da ação em Saúde, que segundo (CAMPOS, 2006) preconiza práticas específicas que visam erradicar, eliminar ou reduzir o impacto de determinada doença, vem sendo priorizada, atualmente, pelos estudiosos da área de Saúde. Porém, para Vasconcelos (2003), os aspectos de interface entre Serviço Social e Saúde, que poderiam, inclusive, ser a chave heurística das ações do assistente social em Saúde, ainda devem ser potencializados:

(...) são raros os Programas/Projetos da unidade ou do serviço social que dão conta da dimensão preventiva e da educação em saúde, ainda que estes estejam colocados formalmente como objetivos a serem alcançados (VASCONCELOS, 2003, p. 2008).

Mesmo os assistentes sociais referindo uma rotina de trabalho que priorize as demandas explícitas pelos usuários e de caráter imediato, eles afirmam trabalhar na perspectiva da prevenção e educação em Saúde. Todavia, na extensa pesquisa bibliográfica que realizamos para essa pesquisa, encontramos autores que reiteram que, no Brasil, não há uma cultura de prevenção de doenças consideradas problemas de Saúde mundial, como a doença renal crônica, já que todas as possíveis prevenções e/ou controle nos postos de Saúde, em nosso país, são tratados nos leitos hospitalares (VASCONCELOS, 2003). A autora também nos auxilia a entender por que o trabalho dos assistentes sociais desta pesquisa muitas

²⁵ A prevenção primária deve ser diferenciada da prevenção secundária, que é a prevenção de complicações ou efeitos tardios de uma droga ou procedimento cirúrgico (CAMPOS, 2006).

vezes não conta com apoio e suporte da rede extra-hospitalar, sem utilizarem-se de um sistema de referência e contra-referência.

Sobre a educação em Saúde, os assistentes sociais destacam as informações e orientações sobre a doença renal crônica, tanto aos usuários quanto aos familiares:

“(…) os pacientes chegam, muitas vezes, sem saber o que é a Hemodiálise. Aí se dá explicações sobre a doença, o tratamento, sobre os direitos dos pacientes renais” (AS1).

“(…) a educação é no sentido de orientações para esses cuidados (cuidados com a doença renal crônica)” (AS3).

“Educação é quando se fala com os familiares” (AS4).

Seja pela questão da ausência do trabalho em Saúde com vistas à “educação em saúde”, ou por questões distintas, acredita-se que

(…) apesar das especificidades do processo de trabalho em saúde e de sua importância para a vida em sociedade, a teorização sobre “o trabalho em saúde” é relativamente pequena. As pesquisas no campo da saúde tem sido intensas, predominando as relacionadas à investigação da etiologia das doenças e à assistência aos problemas de saúde-doença, além de existir uma consistente produção teórica no campo da saúde coletiva (PIRES, 1998, p. 19).

Não obstante, somente a partir da década de 70 (setenta) (do século XX), aumenta-se o arsenal de materiais científicos sobre o trabalho em Saúde que não se limitassem à “etiologia das doenças”, abrangendo produções sobre a prevenção e educação em Saúde (PIRES, 1998).

4.3 . Doença Renal Crônica e suas Particularidades

A doença renal, as terapias substitutivas da função renal e a realidade dos usuários de uma Unidade de Diálise são conhecimentos fundamentais para que se compreenda toda realidade que cerca essa patologia, assim como suas conseqüências na vida do usuário, de sua família e do profissional que atua com esta demanda. Sendo assim, aborda-se a seguir em que consiste a doença renal crônica e os possíveis tratamentos a serem realizados: Hemodiálise, Diálise Peritoneal e Transplante Renal.

Os rins são órgãos duplos, com forma de feijão, constituídos por milhares de filtros chamados néfrons. Estes purificam o sangue e produzem cerca de 1,2 litros de urina diariamente. Além disso, os rins regulam a quantidade de água do corpo e as substâncias resultantes da atividade metabólica dos tecidos (DAUGIRDAS, 2001).

Conforme Muller (1997), a insuficiência renal ocorre quando há perda de 70% da função do órgão, passando alguns sintomas a se manifestarem no indivíduo: insônia, sonolência, dores no corpo, alterações hormonais, alterações neurológicas, quadro depressivo, etc. Quando diagnosticada a insuficiência renal deve-se iniciar rapidamente o tratamento e deve ser avaliado, juntamente com a equipe, a escolha da modalidade terapêutica, podendo ser a:

- Hemodiálise no Centro, que depende da equipe hospitalar;
- Hemodiálise no Centro, auto-atendimento;
- Hemodiálise Domiciliar;
- Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua Domiciliar (CAPD);
- Diálise Peritoneal Contínua com Cicladora Domiciliar (CCPD)" (DAUGIRDAS, 2001, p. 9).

Embora houvesse essa ampla possibilidade de tratamentos substitutivos da função renal, neste estudo optou-se por discutir como se operacionaliza o trabalho

do assistente social com usuários que realizam a Hemodiálise no Centro de Diálise. Isso por que acredita-se que essa modalidade impõe um contato mais freqüente com a equipe interdisciplinar, tornando-se mais desafiador investigar como se expressa o trabalho dos assistentes sociais frente ao contato contínuo com o usuário.

A hemodiálise “oferece uma alteração mais rápida na composição plasmática de solutos e a possibilidade de remoção mais rápida do excesso de líquido corporal que a Diálise Peritoneal os tratamentos mais lentos” (DAUGIRDAS, 2001, p. 5).

A Diálise Peritoneal, ainda que tenha um oitavo da eficiência da Hemodiálise, pode ser aplicada continuamente, 24 horas por dia, enquanto a Hemodiálise é geralmente realizada em no máximo 4 horas por dia de sessão. Os usuários que têm a Diálise peritoneal favorecida em detrimento da Hemodiálise incluem “pacientes recém-nascidos ou crianças muito jovens; pacientes com doença cardiovascular grave; pacientes com dificuldade de acesso vascular; pacientes que desejam maior liberdade para viajar; pacientes que desejam realizar Diálise Domiciliar, mas não tem acompanhante para assisti-lo” (DAUGIRDAS, 2001, p. 9).

Apropriar-se de como consiste cada modalidade de tratamento renal possibilita a equipe, auxiliar o usuário na escolha do tratamento renal que lhe seja mais conveniente e adequado, levando-se em conta a experiência de vida de cada pessoa. O desenvolvimento de terapêuticas mais eficazes para a função renal original, proporciona uma melhor organização diante da doença e uma reabilitação mais ativa. Para tanto, é relevante a compreensão das possíveis repercussões impostas pela doença renal, tanto sob o prisma do aspecto físico quanto do emocional do sujeito com insuficiência renal crônica. Logo, é relevante observar-se

“Fatores como: estágio do ciclo de vida, nível sócio-econômico e cultural, relacionamentos interpessoais, comunicação e apoio familiar, traços de personalidade e vivências prévias, contribuem para a percepção da doença e também, para a decisão da opção terapêutica” (SANDRI, 2004, p. 17).

Com a doença renal instaurada e iniciados os tratamentos substitutivos da função renal, estudiosos do tema apontam que há um declínio significativo da

qualidade de vida do usuário, fato que reitera a importância da intervenção do profissional de Serviço Social junto a esta realidade.

Aspectos que podem determinar este declínio na qualidade de vida estão relacionados à sintomatologia depressiva²⁶, ansiedade e adaptação à doença. A depressão está associada ao sentimento de perda que pode ser física (como a função renal), de Saúde, de empobrecimento de relações, de tempo, de produtividade no trabalho, de liberdade. A depressão pode acarretar, inclusive, modificações nos fatores fisiológicos, “tais como: nutrição, função imunológica, adesão ao regime terapêutico, bem como a dinâmica familiar e o suporte social, fundamentais para a manutenção e evolução do tratamento, podendo afetar a sobrevivência do paciente” (SANDRI, 2004, p. 22).

A observância da qualidade de vida é vital na avaliação de como ela (re) desenha as doenças, desde sua etiologia à recuperação da Saúde, principalmente no caso de doenças crônicas. Tratando-se de doenças crônicas, que requerem tratamentos contínuos e ininterruptos, o portador da doença provavelmente sofre modificações “comportamentais, cognitivas, espirituais, emocionais e sociais, mais ou menos complexas, de modo a afetar o menos possível sua qualidade de vida” (RUDNICK, 2005, p. 19).

Tecer idéias sobre qualidade de vida se remete ao campo que vai para além do binômio saúde-doença. Alicerça-se na capacidade de criação da humanidade na riqueza de seus atributos mais vitais e que não são aprisionados pela doença renal crônica: capacidade de pensar, criar, interagir, racionalizar, experimentar satisfação, potencializar momentos saudáveis...

Quiçá seja tão difícil para o usuário acreditar em suas potencialidades enquanto pessoa com doença crônica, já que seu cotidiano é ancorado por uma proximidade real com a morte, o que suscita um amplo leque de emoções, atitudes e resignificações. Esses sentimentos reafirmam a gravidade da doença, a complexidade do tratamento, e vulnerabilidade do usuário e grupo familiar. Desta

²⁶ “A depressão, a partir da compreensão psicodinâmica, tem sido entendida como uma resposta à perda, que pode ser real, fantasiosa, ou temida – seu sentimento básico, a tristeza, é uma reação humana universal frente à situação de perda” (SANDRI, 2004, p. 20).

forma, os assistentes sociais consideram essencial realizar processos interventivos junto aos familiares dos usuários com doença renal crônica, pois como já foi dito, a rede familiar ou comunitária (de vínculos de pertencimento) poderá auxiliá-los no enfrentamento da patologia (RUDNICK, 2005). O usuário deve ser percebido pela ótica de um sujeito global, que adoece ou se cura integralmente a partir de sua capacidade de adaptação e enfrentamento à doença, sendo que os fatores que compõe a concepção ampliada de Saúde serão determinantes para isso.

Ao se reconhecer as particularidades que envolvem a doença renal crônica, o tratamento vital para esta doença, as implicações sociais, emocionais, políticas e ideológicas que a atingem, reconhece-se que a relação profissional-usuário deve ser geradora de acolhimento, de vínculo, de autonomia para o sujeito na sua busca cotidiana por transformações qualitativas em sua situação de Saúde. Afinal, há um “choque” na vida do usuário, que vai desde o diagnóstico inicial, até a aceitação da doença e tratamento, implicando em mudanças nas relações pessoais, alterações da imagem corporal, a diminuição da auto-estima e a dependência de uma máquina podem exigir uma readaptação intensa no estilo de vida do usuário e núcleo familiar (SANDRI, 2004).

Como os assistentes sociais trabalham com a acessibilidade aos direitos sociais, acredita-se que poderiam ser desenvolvidas ações para que o usuário tenha acesso a toda rede e profissionais que ele necessita para dar-lhe suporte, além do acompanhamento do próprio Serviço Social.

Neste acompanhamento, nas Unidades hospitalares, na área de Saúde, o Serviço Social, conforme Bravo (2004), vem recebendo influências da conjuntura no que tange à crise do Estado brasileiro e principalmente da atenção à Saúde. Uma das conseqüências disso é que a profissão passa por um processo de negação do Serviço Social tradicional (anterior à década de 1980), ocasionando um redirecionamento da profissão, repensando a intencionalidade do seu “fazer profissional”. Alguns profissionais continuam a ter os seus trabalhos orientados por um “fazer profissional” conservador e alicerçado em uma concepção de profissão que privilegia a relação profissional-usuário e não potencializa o suporte social e as redes de pertencimento do usuário. Enfim, supõe-se que a análise do Serviço Social, no tecido social contemporâneo, deve superar os influxos liberais que

voltam suas análises para uma prática profissional como prática isolada, desvinculada da trama social. Colocar luz na relação profissional-usuário poderia obscurecer uma relação que se pauta na questão social e nas políticas sociais (Iamamoto, 2004). Este caminho poderia apresentar situações em que os profissionais “saibam fazer”, mas não consigam explicar as razões, o conteúdo, a direção social e a intencionalidade do seu “fazer profissional”.

Não se pretende correr o risco assinalado por Iamamoto (2008), redundando numa incriminação moral, aos profissionais que não conseguem

(...) aderir ou não ser capaz de implementar o projeto idealizado. A artimanha é clara: as insuficiências da interpretação teórico-metodológica da prática profissional são transferidas para a categoria e imputam às deficiências de sua competência profissional ou às suas opções sociopolíticas (p. 431).

Não obstante, se quer destacar que mesmo os profissionais não utilizando uma linguagem acadêmica ou que responda teoricamente às questões que lhes foram indagadas, houve um cuidado latente em demonstrar que mesmo assim estes profissionais podem estar na direção dada pelo Projeto Ético-político da profissão. Elucidando-se, assim que o exercício profissional se desvenda a partir das particularidades das condições e relações de trabalho, o que Iamamoto (2008) coloca como um desdobramento necessário tratar de forma indissociável os dilemas vividos pela classe trabalhadora, assim como pela forma que se expressa o trabalho do assistente social, imbuído de tensões, lutas, resistências e confrontos.

Mesmo atuando no bojo da luta de interesses e na disputa de projetos societários antagônicos, para o desenvolvimento de qualquer atividade é fundamental o assistente social saber onde quer chegar com determinada intervenção, tendo claros seus objetivos e meios para torná-los operacionais, possuindo clareza da intencionalidade da prática profissional, já que “os assistentes sociais não são apenas técnicos, mas também críticos, pois o domínio de um instrumental técnico-operativo exige o conhecimento da teoria, das finalidades e das formas para alcançá-las” (BASTOS, 2004, p. 98).

No binômio "saúde-doença", bem como nas estratégias de enfrentamento da doença renal crônica, são atribuídas demandas ao assistente social pela instituição, entretanto, como profissionais, é necessário reelaborar essas demandas, compreendendo como se expressa o objeto de trabalho na realidade ferina do portador de doença renal, para logo desenvolverem-se intervenções consistentes e coerentes com o Projeto Profissional.

Muito embora se considere necessário ter conhecimentos sobre a área de atuação, acerca da doença renal e as terapias substitutivas da função renal, temos consciência de que

(...) o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central à busca criativa e incessante da incorporação desses conhecimentos, articulados aos princípios da reforma sanitária e pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social. (BRAVO, 2004, p. 43).

Para decifrar a questão social, torna-se fundamental a compreensão das demandas, as quais são expressas no espaço privilegiado de intervenção profissional, que se caracteriza por ser o cotidiano, "o todo dia" do trabalho que se revela como ambiente no qual emergem exigências imediatas e são desenvolvidos esforços para satisfazê-las, lançando mão de diferentes meios e instrumentos (BAPTISTA, 1995, p. 110).

Isto é, reiteramos o que Baptista (2003, p. 36) revela quando cita o "espaço ao alcance da ação profissional", o qual se efetiva no cotidiano profissional e no lócus institucional, onde o assistente social terá o compromisso e a responsabilidade de colaborar com mudanças na vida dos usuários dos seus serviços, possibilitando transformações reais, em seus cotidianos. Ao fazer-se referência às transformações e/ou mudanças, não restringimo-nos, exclusivamente, ao acesso a direitos, serviços, ou recursos, mas também, as reflexões que podem emergir do trabalho do assistente social: as problematizações acerca da doença, reflexões sobre as estratégias adotadas diante da patologia, participação na instituição e a implementação das políticas públicas para os sujeitos com doenças crônicas.

Todavia, permanece no plano discursivo dos assistentes sociais que a principal contribuição de seus trabalhos é promover o acesso aos direitos sociais:

“O Assistente Social é um facilitador, garantindo os direitos que o paciente com doença renal crônica necessita para o tratamento e para sua doença” (AS2).

“Orientações dos procedimentos e direitos pela escuta. A entrevista é um momento de reflexão e de avaliação da prática” (AS3).

“Conscientização do paciente para a busca de seus direitos” (AS5).

“As contribuições são pelas orientações, a garantia dos direitos. O resgate da auto-estima, o fator limitante da doença, já que os pacientes acham que o mundo acabou. Adequações para uma nova forma de vida” (As7).

No entanto, entende-se que a ação profissional não pode ser “encerrada” em si mesma. Ela não se limita ao trabalho apenas do profissional que está na Unidade de Diálise. Isto é, por mais que estes assistentes sociais trabalhem com a acessibilidade dos direitos sociais, é preciso apontar, neste estudo, que o trabalho deve ir para além da ação intrainstitucional, ampliando-se para a rede de atenção da política de Saúde e de outras Políticas Públicas que são transversalmente necessárias para o direito à Saúde.

Ainda sobre a acessibilidade à Política de Saúde é relevante destacar a contradição que se refere ao acesso ao tratamento dialítico, o qual, como vem sendo realizado nas Instituições que participaram deste estudo, não privilegia o enlace dos nós da redes que atendem o direito a Saúde em sua integralidade. Muito embora a população com doença renal crônica tenha direito ao tratamento, percebe-se que este não se efetiva de forma transdisciplinar e em rede (com uma rede que transcende o espaço hospitalar). Além disso, esse acesso está

condicionado a localização geográfica (nem todos municípios tem Centros de Diálise) e aos horários estabelecidos pelas Unidades ou Hospitais. Isto é, a oferta de serviço apesar de existir, se apresenta em uma cena contraditória, pois mesmo estando legislado o acesso ao tratamento dialítico, ele apresenta condicionantes que podem ser decisivos na aderência ao tratamento e na sobrevivência do usuário. Outro prisma pode acenar à contradição que acima está sendo posta: mesmo com tantos avanços tecnológicos, de diagnóstico e de tratamento, constata-se que alguns saberes parecem estagnar-se nas ações profissionais, que pouco vem se desenvolvendo na perspectiva da transdisciplinaridade e de articulação com as redes de pertencimento do usuário, bem como com a rede de atenção a este usuário. As redes não se estreitam na própria Política de Saúde, mas se alargam para a intersectorialidade de outras Políticas Públicas.

E é neste mesmo cotidiano profissional que o espaço institucional reflete o contraditório da sociedade; pois as contradições aparecem não só nas relações socioprofissionais, como também nos poderes - explícitos ou implícitos - que perpassam essas relações. Diante desta ordem e subordinação dos poderes, a hierarquia passa a permear praticamente todos os espaços sócio-ocupacionais, emergindo os profissionais que irão atuar como “agentes de controle”, fiscalizando os mecanismos presentes institucionalmente.

Nessa perspectiva, Bravo (2004) nos chama a atenção sobre o risco do não-reconhecimento das demandas por parte dos assistentes sociais, visto que uma de suas ponderações expressa:

O problema não está no domínio das teorias que abordam o tema psi ou sobre doenças, mas sim quando esse profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que na área de saúde passa pela compreensão saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento dessas questões (p. 43).

Ao remeter-se a essas estratégias, também se faz referência a uma conjuntura macro social na qual os indivíduos de uma forma geral se inserem, e que perpassa o entendimento de “saúde-doença”. Essa conjuntura torna-se mais impactante em sujeitos em situação de fragilidade socioeconômica que não permite

acesso às condições básicas de sobrevivência, uma vez que essas condições expressam

(...) algo fundamental, principal, primordial, que serve de base de sustentação indispensável e fecunda ao que a ela se acrescenta. Por conseguinte, a nosso ver, o básico que na LOAS qualifica as necessidades a serem satisfeitas (necessidades básicas) constitui o pré-requisito ou as condições prévias suficientes para o exercício da cidadania em acepção mais larga (PEREIRA, 2002, p. 26).

A partir da significação de o que consiste serem as necessidades básicas humanas, supõe-se um aprofundamento analítico na investigação da realidade social a qual abrange os atores atendidos, considerando que é pelo reconhecimento das demandas que se inicia a elaboração do objeto de trabalho, como revela Baptista (1995):

A construção do objeto é um movimento que vai da demanda institucional a reelaboração dessa demanda com base na interação de diferentes agentes, o que se faz em aproximações sucessivas (p. 116).

No entanto, percebe-se que

(...) a compreensão e a re-construção da situação do objeto do planejamento têm por referência o conhecimento da instituição demandatária da ação, suas finalidades (sua missão), seus valores, sua área de ação (região, município, etc), seu setor (social, econômico), seu nível de competência (municipal, regional, etc), sua função (real, manifesta e potencial), seus objetivos, diretrizes, estratégias, expectativas, sua estrutura organizacional e administrativa organograma, estatutos, regulamentos, descrição de cargos, política geral, política salarial) (BAPTISTA, 2003, p. 55).

No dia-a-dia profissional-usuário, portanto, devem ser vivenciados os comprometidos com os interesses históricos da classe trabalhadora frente às conseqüências da exploração do trabalho concretizada nas distintas expressões da questão social, que aqui assume o semblante perverso da doença renal crônica. No momento presente, a “questão social” diz respeito as “conjunto multifacetado das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado” (TEIXEIRA, 2006, p. 177).

Desta forma, acredita-se que o assistente social em um serviço de Nefrologia deve desenvolver seu trabalho no sentido de contribuir para a garantia aos usuários do “acesso integral ao tratamento e aos serviços complementares através da integração de órgãos públicos, estratégias de sobrevivência, resgate da cidadania familiar e comunitária” (LIMA; SANTOS, 2004, p. 362).

Muito embora se considere necessário ter conhecimentos sobre a área de atuação, acerca da doença renal, das terapias substitutivas da função renal, do funcionamento e dinâmica das Unidades de Nefrologia, tem-se a consciência de que o trabalho do assistente social, na Saúde, deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação desses conhecimentos, articulados aos princípios da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político do Serviço Social. (BRAVO, 2004).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS - COMPROMISSOS E DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL NO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL

O compromisso desta pesquisadora com os profissionais que fizeram parte desta pesquisa, com os usuários da Política de Saúde e com o Programa de Pós Graduação em Serviço Social impõem que se destaquem alguns achados que, se não foram apontados pelos entrevistados, foram marcantes durante a realização da investigação e da revisão bibliográfica. Ademais, por nossa trajetória na área de Saúde, e, atualmente, como assistente social da área da Política de Assistência Social, identificam-se também no espaço institucional desafios semelhantes a serem enfrentados.

Os achados deste estudo, bem como as revisões bibliográficas que foram realizadas sobre a temática nos permitiram algumas reflexões, que se não são de todo inovadoras, são pelo menos pouco exploradas. Amparados em Lamamoto (2008), se reitera que para decifrar o trabalho do assistente social como trabalho concreto e abstrato, exige-se particularizar a análise das específicas condições e relações sociais em que ele ocorre. Ousou-se, assim, investigar o tema que norteou essa Dissertação, apontando-se as particularidades do trabalho do assistente social em Unidades de Dialise, no entanto, os compromissos lançados dizem respeito aos assistentes sociais de uma forma geral, bem como aos recursos humanos da área de Saúde.

Os compromissos frente a essa temática investigada, que entende-se que devem ser enfrentados são:

- Consolidar o Sistema Único de Saúde com a abrangência universal e implementá-lo com novos modelos de gestão de organização dos serviços. Mesmo a Política de Saúde tendo 18 anos de sua promulgação, o Sistema Único de Saúde necessita ser afirmado e vivenciado pelos profissionais de Saúde, usuários e sociedade como um todo, diariamente e em toda sua plenitude. Nessa direção, há necessidade de romper com práticas individualizantes, focais, imediatistas e que respondam, principalmente, às demandas institucionais (rotinas, procedimentos), deslocadas da interface com as políticas públicas. Atender o usuário e familiares em

sua integralidade impera neste compromisso, o qual se concretiza também nesta articulação entre políticas públicas que garantam todas as condições necessárias para a preservação da Saúde no seu sentido ampliado.

- Reconhecer o acesso ao direito à Saúde, inerente à condição de usuário do Sistema Único de Saúde, legitimando-se o acesso a Saúde como direito social, e mais, como um direito humano universal. Desta forma, o direito a Saúde não deve ser confundido com mercantilização do atendimento às necessidades sociais, onde o assistente social se reconhece como profissional que deve viabilizar esse direito. Embora esteja presente nos discursos atuais, o deslocamento da satisfação das necessidades da esfera do direito público para o direito privado – leia-se subsidiado pelo Mercado e não pelo Poder Público – os profissionais estão alerta sobre essa tendência atual, identificando no Estado a responsabilidade pelo provimento do direito à Saúde. Isto pode ser interpretado como um desafio sobre a afirmação de uma perspectiva que rompa com uma lógica positiva, biologistica e mecanicista de se pensar e fazer Saúde.

- Afirmar o Sistema Único de Saúde como um processo de construção que tem princípios transformadores da realidade social, - para além dos princípios colocados constitucionalmente - realizando mudanças culturais no que concerne o processo saúde-doença no paradigma sanitário. Transpor este universo que afirma a Saúde por uma análise monocausal, focalizada na doença e por uma aproximação negativa deve ser uma das contribuições dos assistentes sociais no *lôcus* de trabalho; o que é respaldado no compromisso que este profissional tem com a transformação social e com a uma nova ordem societária.

- Perceber o usuário e seus familiares em sua integralidade e atendê-lo nesta perspectiva. Esta premissa se assenta na concretização da articulação entre políticas públicas que garantam todas as condições necessárias para a preservação da Saúde no seu sentido ampliado.

- Re-construir, por parte dos assistentes sociais, na área de Saúde, a dimensão coletiva da profissão no posicionamento de identidade profissional de negação-superação da forma neoliberal de pensar e fazer Saúde. Isto se torna viável a partir da análise crítica da realidade da Política de Saúde no Brasil e do antagonismo de

projetos societários e profissionais distintos para a operacionalidade do Sistema Único de Saúde;

- Romper com o processo de alienação que envolve a prática profissional do assistente social, já que sua condição de trabalhador assalariado submete o trabalho profissional “aos dilemas da alienação, visto que ele se realiza submetido ao poder de seus empregadores, o que restringe a relativa autonomia profissional” (IAMAMOTO, 2008, p. 338). Ao refletir e tomar consciência disso, os profissionais terão mais subsídios para produzir novas alternativas para suas práticas, “capazes de articular forças sociais que lutam por um novo tempo e uma nova sociedade” (MARTINELLI, 2003, p. 25). O compromisso com as transformações societárias é determinado pelo Código de Ética dos Assistentes Sociais, todavia, ainda que este Código seja uma referência progressista para a categoria profissional, isso não determina que os assistentes sociais concretizem as suas ações profissionais na direção assegurada por ele.

- Compreender a dinamicidade social é um esforço contínuo que inicia na formação profissional e se estende para o campo de intervenção; e que de todo é complexo. Os assistentes sociais, que participaram deste estudo, identificaram como seus principais desafios profissionais rotinas e procedimentos realizados intrainstitucionalmente, ao invés de identificarem como se materializam essas “novas expressões da questão social”, que se nutrem na produção exponenciada da pobreza e desigualdade. Ou seja, os profissionais estão muito mais voltados para as atividades que desenvolvem e por elas são cobrados por seus superiores hierárquicos (já que também vivem no “mundo do trabalho”), do que para uma visão totalizante do social e das novas configurações da questão social.

- Envolver a formação da Graduação e Pós-graduação de Serviço Social no compromisso com a formação de seus discentes, instrumentalizando-os de forma ético-política, para além da dimensão técnico-operativa e teórico-metodológica, alargando a amplitude da ação profissional para além das rotinas de trabalho e/ou procedimentos institucionais. Sobre a formação profissional é importante ressaltar ainda a preocupação sobre a superação de equívocos apontados por Silva (1995), que ainda permanecem atuais, dada sua complexidade e dinamicidade: uma perspectiva mecanicista que identifica a formação profissional a serviço das

demandas do mercado de trabalho e uma perspectiva idealista que concebe a formação profissional independente do exercício profissional e dos desafios que são impostos na atualidade.

- Resgatar o trabalhador em Saúde, entendendo o fator humano não só como recursos humanos, mas também como constituinte e produtor do “mundo do trabalho” (RAMMINGER, 2006). Os trabalhadores precisam sentir-se capazes, potentes nas suas atividades e no seu potencial transformador de uma cultura verticalizada predominante no contexto das políticas públicas. Qualquer pretensão de construção de projetos transformadores na área de Saúde, necessita incorporar a compreensão do dinâmico processo de constituição dos sujeitos coletivos, como sujeitos produtores de novas racionalidades. Acreditar em mudanças reais no campo da Saúde exige que essa mudança, primeiramente, passe por nós mesmos.

Para reflexões que convergem na produção de novas racionalidades, é importante considerar que a “questão social”, hoje, se apresenta mais ampla e diversificada do que em qualquer época passada, apresentando-se com uma nova roupagem e com diferentes matizes que expressem as suas refrações, muito embora não se configure uma “nova questão social”. Esse espectro que se apresenta na Pós-Modernidade traz como consequência a incorporação de novos desafios profissionais, além de reafirmar o compromisso com a educação continuada, que dê conta de acompanhar o movimento dialético da sociedade. Trata-se de uma “velha questão social inscrita na própria natureza das relações sociais capitalistas, mas que contemporaneidade, se re-produz sob novas mediações históricas, e, ao mesmo tempo, assume inéditas expressões espalhadas em todas as dimensões da vida em sociedade (IAMAMOTO, 2008).

Afinal, a “velha questão social” metamorfoseia-se ao assumir novas roupagens, evidenciando as desigualdades sociais que crescem de forma significativa, muito embora as vezes silenciada pelos meios de comunicação, o que não impede o espalhamento destas desigualdades a todos os cantos do mundo. Nesta perspectiva, a questão social reflete a expressão ampliada das desigualdades sociais, quando a sua (re)produção assume características referendadas na cena atual contemporânea.

Para a garantia do direito à Saúde, além de outros que se agregam a este direito na concepção ampliada de Saúde, os sujeitos da pesquisa mencionaram como sendo uma das principais contribuições do assistente social em uma Unidade de Hemodiálise, as orientações aos pacientes e familiares quanto à doença renal crônica, no sentido de garantir os direitos por meio das informações necessárias para a realização adequada ao tratamento dialítico.

Contribuições como orientações, a escuta, o contato, o vínculo, a acolhida são aspectos que os assistentes sociais destacam como sendo as principais contribuições do assistente social em Unidades de Diálise. Verifica-se, todavia, que não é evidenciado pelos profissionais entrevistados preocupações mais coletivas e totalizantes sobre a Política de Saúde e, sim, com os procedimentos e técnicas realizados individualmente no espaço sócio-profissional.

Mesmo a socialização de informações, constituindo-se em uma ferramenta com a qual o assistente social pode transmitir saberes sobre a égide do direito social, não se perceberam que essas informações estão a serviço dos sujeitos coletivos, estando muito mais voltadas para os sujeitos individuais. Enfim, ao dialogar com Yamamoto (2008), sustenta-se que em uma atividade que extrapola uma abordagem com um foco exclusivamente individual - ainda que, por vezes, realizada junto ao único indivíduo - é necessário considerar a realidade dos sujeitos como parte de uma coletividade.

Logo, percebe-se necessário valorizar as dimensões sociais e subjetivas dos sujeitos, partindo-se da história da própria doença e de sua realidade e contexto de vida, envolvendo-lhe com a prevenção, recuperação e cura de sua doença. Como a doença renal crônica não é passível de cura sem o transplante renal, é relevante os profissionais tanto trabalharem em ambulatórios onde se possa realizar um acompanhamento profissional preventivo, como trabalhar para o não agravamento da doença, o que também em uma perspectiva de prevenção. Muito embora, os assistentes sociais não tenham referido com a seguinte terminologia, verificou-se o acolhimento, não como técnica e sim como princípio para o atendimento, seja também um desafio profissional e uma das grandes contribuições que o assistente social pode tensionar na área de Saúde. Parece, pelos discursos profissionais, que não é presente no cotidiano de atendimento, a necessidade constante de

(...) construir uma nova maneira de se produzir saúde em uma ampla rede de serviços públicos, que procurasse enfrentar o tema do acolhimento dos usuários nos estabelecimentos de saúde, tentando construir um agir complicitário do trabalho com a vida individual e coletiva, estimulou um conjunto de reflexões teóricas que nos permitissem constituir um modelo competente de realizar a mudança de um modelo de atenção corporativo-centrado para um usuário-centrado. (MERHY, 1997, p. 116).

A readequação desse modelo de produzir ações, como nos informa Merhi (1997, p. 117), determina uma expressão que muito tem nos instigado sobre “o ato de cuidar com a alma dos serviços de saúde”. O autor aponta essa direção a ser seguida no campo da Saúde que não se conforma em práticas que têm como objeto somente a cura, a promoção e a proteção a Saúde, mas que acolhe a responsabilidade pela produção do cuidado. Entende-se que o princípio do acolhimento e do cuidado deveriam ser transversais a todas as práticas de Saúde.

Contudo, verificou-se que os profissionais estão muito mais voltados para as rotinas e possibilidades institucionais do que para a construção de um modelo “usuário-centrado”, que privilegia o cuidado, o acolhimento. Para além de estarem voltados para os procedimentos, rotinas, técnicas singulares de cada área de saber, cabe tanto ao Serviço Social quanto a todas as profissões da área da Saúde, em uma ação articulada e interdisciplinar, defender o aprofundamento do Sistema único de Saúde, formulando estratégias que busquem reforçar e/ou criar experiências nos serviços de Saúde que efetivem esse direito.

Ademais disso, o Projeto Ético-Político do assistente social norteia as ações que são determinadas pela Reforma Sanitária, sobressaindo-se que ambos têm compromisso com a transformação social e a consolidação da cidadania. Esta direção apontada pelo Projeto Ético-Político e Reforma Sanitária possibilita aos assistentes sociais desenvolverem trabalhos mais críticos sobre o papel social da profissão, convidando os profissionais para olharem a “pessoa humana”, o “ser humano”. Para isso, é necessário transpor uma visão limitada de Saúde focalizada somente nos indivíduos, entendendo a Saúde como uma questão coletiva. As demandas que chegam até o assistente social, quase sempre, não são demandas individuais, privativas de um único sujeito, e sim coletivas. Tratando-se de demandas coletivas, a Saúde é compreendida inseparadamente da questão social, exigindo-se necessários posicionamentos políticos na ação profissional.

Para lograrem-se impactos em posicionamentos políticos, é necessário romper com o caráter histórico de subalternidade do Serviço Social também em embates cotidianos. Essa subalternidade tanto pode ter em sua essência aspectos explicados pela gênese da profissão quanto da própria dificuldade ainda atual do assistente social em afirmar as particularidades de sua área no espaço insitucional, o que muitas vezes acarreta que lhe sejam delegadas funções não legitimadas pela Lei de Regulamentação da Profissão.

Reconhecem-se avanços na Política de Saúde. Estes avanços vão ao encontro da viabilização de objetivos para a concretização do Sistema Único de Saúde tal como ele é constitucionalmente. Estes avanços se estendem para uma política de educação permante na área de Saúde, que abrangem capacitações continuadas para os conselheiros de Saúde e para profissionais que atuam neste âmbito. Essas capacitações poderiam oferecer subsídios aos profissionais sobre como potencializar as dimensões de educação e prevenção em Saúde junto a população usuária.

Destaca-se que a Faculdade de Serviço Social/PUCRS já vem ministrando disciplinas da área de Saúde. Trata-se de garantir, na formação do discente de Serviço Social, o conhecimento da realidade de Saúde, da política de Saúde e de como se efetivam as intervenções nesta área frente às dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa, ético-política e sócio-afetiva. Desta forma, e com maior clareza do objeto de trabalho do assistente social, o profissional estará melhor instrumentalizado a desenvolver ações qualificadas na garantia de direitos de cidadania à população usuária.

Essa reflexão assinala ainda, que, para se desenvolverem ações qualificadas com a população usuária, há uma necessidade inadiável de desvendar esse universo complexo da precarização do “mundo do trabalho”. Afinal, no contexto brasileiro, observam-se características, inclusive entre os trabalhadores integrados ao mercado de trabalho, de insegurança, instabilidade, precariedade nos vínculos laborais e desproteção social. Estes fatores acabam, muitas vezes, por condicionar o trabalho desenvolvido pelos profissionais nos mais distintos espaços de atuação.

A nova questão social alia-se a antigos dilemas, ainda não ultrapassados, e emerge por afetar as condições gerais de existência. Desafios como este se colocam aos profissionais que investigam e atuam no âmbito da Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Rosângela. **Determinismo versus autonomia: a saúde dos trabalhadores como um campo de luta entre classes sociais**. Texto e Contextos, n. 3, dez, 2004.

ANTÔNIO, Severino. **Educação e Transdisciplinaridade**. Rio de Janeiro: Lucerna, 2002.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho**. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Bomtempo, 1999.

BAPTISTA, Miriam Veras. **Questões que se colocam para a investigação da prática profissional**: mimeografado, 1993.

_____. Miriam Veras. **Planejamento social: intencionalidade e instrumentalidade**. São Paulo: Veras Editora, 2003.

_____. Miriam Veras. **A ação profissional no cotidiano**. In: Martinelli M. L.; On M. L.; Muchail S. (Orgs). O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber. São Paulo: EDUC, 1995.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Ética e Serviço Social : fundamentos ontológicos**. 2. ed. São Paulo : Cortez, 2005.

BASTOS, Kárita Raquel. **O Serviço Social diante das novas demandas: questões sobre instrumentalidade e objeto de intervenção**. In: Fragmentos de Cultura. Rio de Janeiro: Ed da UCG, volume 14, nº 1, 2004.

BELLINI, Maria Isabel Barros. **Arqueologia da Violência Familiar**. Tese de Doutorado. (Programa de Pós-graduação em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2002.

BERTOLLI, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2004.

BLAKISTON. **Dicionário Médico**. São Paulo: Andrei Ed LTDA, 1987.

BOFF, Leonardo. **Reencantar a Educação**. Petrópolis: Vozes, 1998.

BOGDAN, R. ; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto Alegre: Porto Editora, 1994.

BOLETIM DA SAÚDE. **Escola de Saúde Pública**, Vol. 18, Nº 2, dezembro de 2004.

BOSCHETTI, Ivanete. Assistência Social e Trabalho: direitos (in) compatíveis? In: **Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo**. Brasília, Atualizada e Ampliada, 2001.

_____.Ivanete. **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. **Ministério da Saúde do Brasil: Reduzindo as Desigualdades e Ampliando o Acesso à Assistência à Saúde no Brasil: 1998 - 2002**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRAVO M I ; MATOS M. Reforma sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: Bravo M.; Vasconcelos A. M.; Gama A.; Monnerat G. (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro: Cortez, 2004.

BRAVO, M I ; VASCONCELOS, A M ; GAMA, A ; MONNERAT, G. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

BURIOLLA, Marta. **Supervisão em Serviço Social: o supervisor, a sua relação e seus papéis**. São Paulo: Cortez, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides ; CASTRO, Adriana Miranda. **Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.9, no.3, July/Sept. 2004

_____. Gastão Wagner. **Reforma da Reforma: repensando a Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND Júnior, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

CAMPOS, Vicente Falconi. **TQC – Controle da Qualidade Total**. São Paulo: Ed. Cristiano Ottono, 1992.

CARVALHO J.; PEIXOTO V. **Dicionário da Língua Portuguesa - Nomenclatura Gramatical Brasileira**. São Paulo: Cultural Editora Brasil, 1981.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil – O Longo Caminho**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2002.

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. Robert. **As Armadilhas da Exclusão**. São Paulo, 1995. *Texto publicado em Y a-t-il dès exclusion? L'exclusion em débat*.

CATANNI, Antonio David. **Processo de Trabalho e Novas Tecnologias: Orientação para Pesquisa e Catálogo de Obras**. Porto Alegre : Ed. da Universidade/UFRGS, 1995.

_____.Antonio David.. **Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia** Petrópolis : Vozes, 1997.

_____. Antônio David. **Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia**. Porto Alegre, Ed. da UFRGS, 2002.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL. Resolução CFESS N° 273/1993 de 13/03/93. In: **Legislações: Direitos de cidadania**. CRESS 11° REGIÃO, 2003.

COHN, Amélia ; ELIAS, Paulo. **Saúde no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1999.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL. São Paulo: ED. Revista dos Tribunais, 4ª edição, 1999.

DAUGIRDAS, JOHN. **Manual de Diálise.** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 2001.

DEMO, Pedro. **Pesquisa: princípio científico e educativo.** São Paulo: Cortez, 1991.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2001.

FERNANDES I. A diversidade da condição humana e a deficiência do conhecimento: no convívio com as diferenças e as singularidades individuais. In: Mendes J.; Bellini M. I. (Orgs). **Textos e Contextos – Perspectivas da produção do conhecimento em Serviço Social.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

FLEURY, Sônia. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez, 1995.

_____. Sônia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GENTILLI, Raquel. **Representações e práticas - identidade e processo de trabalho no Serviço Social.** São Paulo: Ed Veras, 1998.

GOMÉS, Gregório ; FLORES, Javier. **Metodología de la Investigación Cualitativa.** Buenos Aires, Ediciones Aljibe, 1996.

GUERRA, Iolanda. Instrumentalidade do Processo de Trabalho e Serviço Social. In: **Serviço Social e Sociedade**, Ano XXI, Nº 62, Março de 2000, Pg. 5 a 34.

GUIMARÃES, Gleny Terezinha Duro. **Historiografia da Cotidianeidade: nos labirintos dos discursos.** Porto Alegre: Edipucrs, 2000.

GUIMARÃES, Fabiana Aguiar. **Rede Social e suas Contradições: espaço de disputa ideo-política**. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós graduação em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: Ensaio crítico**. 2. ed. São Paulo: Cortez editora, 1994.

_____. Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade - desafios para a formação profissional**. São paulo: Cortez, 2004.

_____. Marilda; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. Marilda. **Serviço Social em tempo de Capital Fetiche**. São Paulo: Cortez, 2008.

IBRAHIM S. Psiconefrologia: a enfermagem em nefrologia como agente de transformação. In: Lima E.; Santos I. (Orgs). **Atualização de enfermagem em nefrologia**. Rio de Janeiro: Ed. (S. N.), 2004.

KIST, Rosane. **O Pocesso de Trabalho do Assistente Social e a garantia de direitos de idosos a partir da abordagem grupal**. Dissertação de Mestrado, (Programa de Pós graduação em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades: entre territórios de vida e território vivido**. São Paulo: Cortez, 2003

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Traduzido por Célia Neves e Alderico Toríbio. 5ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1989.

KOWALSKI, Aline . **A Garantia de Direitos e Relações Familiares: possibilidades e limites dos processos de trabalho do assistente social do judiciário**. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós graduação em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

LEFEBVRE, Henri. **Lógica Formal, Lógica Dialética**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Ed. Civilização Brasileira, 1991.

LEI DA SAÚDE- Lei nº 8080/90-. In: **Legislações: Direitos de Cidadania. CRESS 11ª REGIÃO**, Edição Especial do II Congresso Paranaense de Assistentes Sociais, 2003.

LIMA, Eurenilce. A educação do cliente portador de insuficiência renal crônica In: Lima; Santos (Orgs), **Atualização de enfermagem em nefrologia**. Rio de Janeiro: Ed. (S. N.) 2004.

MACIEL, Ana Lúcia Suárez. **Universidade em Crise: uma travessia necessária para a formação em Serviço Social**. Tese de Doutorado em Serviço Social (Programa de Pós graduação em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006.

MAIA, M.; BARBIANI, R. A formação continuada em Serviço Social: uma experiência em construção. In: Mendes, J.; Bellini, M. I. (Orgs). **Textos e Contextos - Perspectivas da produção de conhecimento em Serviço Social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

MARCONI ,M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2002.

_____. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

_____. **Técnicas de Pesquisa**. 5ª ed .São Paulo: Atlas,:2002.

MARIANI, E.; FORTES, R. Abordagem preventiva da doença renal crônica. In: Lima E.; Santos I. (Orgs). **Atualização de enfermagem em nefrologia**. Rio de Janeiro: Ed. (S. N.), 2004.

MARX, K ; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. 9 ed. São Paulo, Hucitec, 1993.

_____. **O Manifesto do Partido Comunista 150 anos depois**. São Paulo: Perseu Abramo, 1998.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. v.1.

_____. **Manuscritos Econômicos e Filosóficos**. In: FROMM, E. Conceito marxista do homem. 5.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

_____. **Teses contra Feuerbach**. In: GIANNOTTI, J.A., org. Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos. 2.ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MARTINELLI, Maria Lucia & KOUMROUYAN, Elza. Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativo em Serviço Social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, agosto de 1994.

MARTINELLI, Maria Lucia. **Serviço Social: Identidade e Alienação**. São paulo: Cortez, 2003.

MENDES, Jussara ; BELLINI, Maria Isabel. **Textos e contextos - Perspectivas da produção do conhecimento em Serviço Social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

MERHY,Emerson Elias. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo :HUCITEC, 1994.

MERHY, E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In CECÍLIO L. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro, Hicitec, 1998.

_____. **Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade**. 10º ed. Petrópolis: Vozes,1998.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. O trabalho com redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da qualificação dos serviços. In: **Revista Katálysis**, Florianópolis: Editorada UFSC, v 5, n. 1, jan/jun 2002.

MONTAÑO, Carlos. **A Natureza do Serviço Social: Um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução**. São Paulo: Cortez, 2007.

MORAES, J. F. Regis. **Construção social na Enfermidade**. São Paulo: Cortez e Moraes, 1978.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2006.

MORSCH C.; Proença M.; Barros E.; Gonçalves L. Epidemiologia da Insuficiência Renal Crônica. In: Lima e Santos (orgs). **Atualização de Enfermagem em Nefrologia**. Rio de Janeiro: Ed. S. N., 2004.

MOTA, Ana E.; BRAVO, Maria. I. ; UCHOA, Roberta (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

MULLER, Elmeni. **O Serviço Social junto ao portador de insuficiência renal crônica**. Trabalho de Conclusão de Curso (Faculdade de Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1997.

NETTO, José Paulo. Transformações Societárias e Serviço Social. In: **Serviço Social e Sociedade**, nº 50. São Paulo: Cortez, 1996, p. 87 a132.

_____. José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Ed. Cortez, 1998.

_____. José Paulo In: CFESS. VABEPSS. CEAD. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 1. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta Continuada à Distância, 2000.

_____. José Paulo. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In **Capacitação em Serviço Social e Política Social: Modulo 1: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social**. Brasília: CEAD, 1999.

_____. José Paulo. **A ordem social contemporânea é o desafio central**. Boletín Electrónico Surá, nº 121. Escuela de Trabajo Social – Universidad de Costa Rica, 2006. Disponível em [http:// www. ts. ucr. ac. cr](http://www.ts.ucr.ac.cr). Acessado em 09 de setembro de 2008.

_____. José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. José Paulo. A ordem social contemporânea é o desafio central. In: **Revista Em Pauta**, nº19. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Ed. Revan, 2007.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro e MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

NOGUEIRA, V. A concepção de direito à saúde na sociedade contemporânea: articulando o político e o social. In: Mendes, J.; Bellini, M. I. (Orgs). **Textos e Contextos- Perspectivas da produção de conhecimento em Serviço Social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

OLIVIERI, Laura (Coord.) **O que são redes?** Disponível em: http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_oqredes.cfm. Acessado em: 27 dez. 2002.

PANOZZO, Vanessa. **Os caminhos da inclusão social dos usuários da saúde mental nas políticas de proteção social: um estudo de caso nos Centros de Atenção Psicossocial de Porto Alegre**. Dissertação de Mestrado do (Programa de Pós graduação em Serviço Social) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2004.

PEREIRA, Potyara. **Necessidades Humanas - Subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2002.

PIRES, Denise. PIREs, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1998.

PICOLLI, Pedro. África: a proteção da vida é um grande desafio. In: **CADERNO IDEIAÇÃO- Políticas sociais para um novo mundo necessário e possível**. II Fórum Social Mundial. Porto Alegre, 2002.

DESSEN, Maria Auxiliadora; NETO, Norberto Abreu. **Questões de Família e Desenvolvimento e a Prática de Pesquisa**. Scielo. III Psicologia: Teoria e Pesquisa. Instituto de Psicologia Universidade de Brasília, 2009.

POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA COORDENAÇÃO GERAL DE ALTA COMPLEXIDADE. Disponível em www.sbn.org.br.

PRATES, J. C. **O Planejamento da Pesquisa Social**. In Revista Temporalis n°7. Brasília: ABEPSS: 2003. Páginas disciplinares. POA.FSS/PUCRS, acesso: [www.PUCRS.br/páginas disciplinares](http://www.PUCRS.br/páginas_disciplinares).

_____. J. C. **A democratização do poder local por meio do Orçamento Participativo da Assistência Social**. In Serviço Social e Sociedade: Fórum Social e Gestão de Políticas Públicas. n° 66, São Paulo, Cortez: 2001. Páginas disciplinares. POA.FSS/PUCRS, acesso: [www.PUCRS.br/páginas disciplinares](http://www.PUCRS.br/páginas_disciplinares).

_____. J. **A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético-crítica de inspiração marxiana**. In: Mendes, J.; Bellini, M. I. (Orgs). Textos e Contextos - **Perspectivas da produção de conhecimento em Serviço Social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. Páginas disciplinares. POA.FSS/PUCRS, acesso: [www.PUCRS.br/páginas disciplinares](http://www.PUCRS.br/páginas_disciplinares).

_____. Jane. **Disciplina – Teoria do Serviço Social II**. A produção de conhecimentos em Marx. Síntese elaborada somente para fins didáticos. PUCRS, 2002. Páginas disciplinares. POA.FSS/PUCRS, acesso: [www.PUCRS.br/páginas disciplinares](http://www.PUCRS.br/páginas_disciplinares).

_____. Jane. **Observação Direta Intensiva: A Entrevista**. Síntese elaborada somente para fins didáticos. PUCRS, 1999. Mestrado 2007/1. Páginas disciplinares. POA.FSS/PUCRS, acesso: [www.PUCRS.br/páginas disciplinares](http://www.PUCRS.br/páginas_disciplinares).

_____. Jane. **Universo e Amostra**. Síntese elaborada somente para fins didáticos. PUCRS, 2005. Mestrado 2007/1. Páginas disciplinares. POA.FSS/PUCRS, acesso: [www.PUCRS.br/páginas disciplinares](http://www.PUCRS.br/páginas_disciplinares).

_____. Jane. Seminário de Pesquisa Migrações Internacionais UCEPEL/ FIUC. **O Processo de Análise de Conteúdo**. FSS/ PUCRS, 2007. Páginas disciplinares. POA.FSS/PUCRS, acesso: [www.PUCRS.br/páginas disciplinares](http://www.PUCRS.br/páginas_disciplinares).

PROMED. **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Diagnóstico de saúde do distrito leste de Porto Alegre**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica, Saúde do Trabalhador e Modos de Subjetivação nos Serviços de Saúde Mental**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIOS, Terezinha. **Compreender e ensinar**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Terezinha. **Ética e Competência**. São Paulo: Cortez, 2006.

ROCHA FILHO, João Bernardes. **Transdisciplinaridade: A Natureza Íntima da Educação Científica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

RUDNICKI, Tânia. **Apoio Social e Qualidade de Vida de pacientes renais crônicos frente aos estressores do tratamento de Hemodiálise**. Tese de Doutorado do Programa de Pós graduação de Psicologia da PUCRS, 2005.

SÁ, Jeanete. **Serviço Social e Interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

SANDRI, Andréia. **Avaliação da relação entre o tempo em Hemodiálise e a intensidade da sintomatologia depressiva em pacientes com insuficiência renal crônica**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós graduação em medicina e Ciências da Saúde, 2004.

SANTOS B. Em defesa das políticas sociais. In: **CADERNO IDEIAÇÃO** - Políticas sociais para um novo mundo necessário e possível. II Fórum Social Mundial. Porto Alegre, 2002.

SANTOS, Leila Lima. **Textos de Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1999.

SERRA, Rose Mary Souza. **Crise da materialidade no Serviço Social: repercussões no mercado profissional**. São Paulo: Cortez, 2000.

Proposta básica para o projeto de formação profissional Documento ABESS/CEDEPSS (nov. 1995). In: **SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE**. Nº 50, Ano XXVII, Abril de 1996, pg. 143 a 171.

SILVA, Maria Ozanira da Silva. **O Serviço Social e o Popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. São Paulo: Cortez, 1995.

SILVA, Ângela; ANCHIETA, Viviane, HIRAI, Wanda; GUIMARÃES, Gleny. **A prática profissional do Serviço Social** português. Textos e Contextos N. 6, dez. 2006.

SILVA, D.; Picasso L.; Alves S.; Englert S. A prática do Serviço Social em uma unidade de diálise e em um ambulatório de transplante. In: **Lima E.; Santos I.** Atualização de enfermagem em nefrologia. Rio de Janeiro: Ed. S.N., 2004.

SPOSATI, A. Regulação social tardia: características das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio. In: **CADERNO IDEIAÇÃO**- Políticas sociais para um novo mundo necessário e possível. II Fórum Social Mundial. Porto Alegre, 2002.

SZYMANSKI, Heloísa. Viver em Família como experiência de cuidado mútuo. In **Serviço Social e Sociedade**, Nº 71, Ed. Cortez, 2002.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1995.

TEIXEIRA, (org). MOTA, Ana. BRAVO, Maria Inês. UCHOA, Roberto. NOGUEIRA, Vera. MASIGLIA, Regina. GOMES, Luciano. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

TELLES. Vera. **Pobreza e Cidadania**. São Paulo: Cortez, 2001.

VALLA, Victor. **Para compreender a Pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro, Contraponto, Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

VASCONCELOS, Ana M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na saúde**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Ana M. In: **Revista Serviço Social da UERJ, nº 10, julho de 1997**.

VASCONCELOS, Ana M.; MASSON F.; Menezes J.; VASCONCELOS R.; Ferreira S. **Profissões de Saúde, ética profissional e seguridade social**. In: **Bravo M.; Vasconcelos A. M.; Gama A.; Monnerat G. (Orgs)**. Saúde e Serviço Social. Rio de Janeiro, Cortez, 2004.

VOLKER, Emanuelle **O acesso a direitos para o portador de doença renal crônica: dimensão constitutiva do processo de trabalho da acadêmica de**

Serviço Social. Trabalho de Conclusão de Curso. (Faculdade de Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A**FORMULÁRIO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO****MESTRANDA:** EMANUELLE VOLKER**ORIENTADOR:** MARIA ISABEL BARROS BELLINI

PROJETO DE PESQUISA DE MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL INTITULADO: “ O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO A USUÁRIOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA”.

N.º DO INSTRUMENTO.....**1. IDENTIFICAÇÃO**1.1 Nome Sexo: 1.2 Data de ingresso na Instituição: 1.3 Data de início do trabalho com usuários com doença renal crônica: 1.4 Qual função exerce? AS () Coordenador () Gerente () Outra ()1.5 Há quanto tempo? 1.6 Quantos profissionais de Serviço Social trabalham com você? 1.7 Quais os últimos livros/revistas lidos: Da área: Outros:

1.8 Tens encontrado na literatura do Serviço Social respostas que te auxiliam em tua intervenção? Em quais autores?

2. PROCESSO DE TRABALHO

2.1 Qual a sua concepção de trabalho?

2.2 Qual a sua concepção de processo de trabalho do Assistente Social?

2.3 Quais as principais rotinas de trabalho executadas no espaço sócio-ocupacional? Descreva os aspectos facilitadores, assim como os possíveis entraves no desenvolvimento do seu processo de trabalho.

2.4 Essas rotinas são estáticas e “dadas ao profissional” ou estão em processo de reelaboração?

2.5 Quais as principais demandas atendidas advindas dos usuários em terapia substitutiva da função renal?

2.6 Você trabalha com as famílias dos usuários com doença renal?

2.7 Quais as principais demandas advindas dos familiares?

2.8 Quais as principais técnicas adotadas para atender demandas advindas de usuários e familiares?

2.9 Essas técnicas foram demandadas pela instituição ou, conforme sua leitura crítica de realidade, você optou pelas mesmas?

2.10 Como você planeja e avalia seu processo de trabalho?

2.11 Que forma você utiliza ou utilizou para capacitar-se para intervir na realidade vivenciada pelo usuário com doença renal?

2.12 Comente seus sentimentos diante do trabalho junto aos usuários com doença renal.

3. PROJETO PROFISSIONAL

3.1 Você conhece o Projeto Ético-Político do serviço social? Especifique que aspectos destaca como mais importante na tua atividade profissional.

3.2 Você considera o seu processo de trabalho fundamentado no Projeto Ético-Político do serviço social? Sim () Não (..)

3.3 Ao fazer uma crítica da realidade vivenciada pelos sujeitos, você busca iluminar-se nas categorias dialéticas? De que forma?

3.4 Frente aos limites institucionais, quais as possibilidades de trabalho você consegue visualizar para a operacionalização de um processo de trabalho consistente?

4. POLÍTICA DE SAÚDE

4.1 Qual sua concepção de saúde? Você consegue trabalhar nesta perspectiva?

4.2 Você considera que conhece a política de saúde no Brasil, o seu processo histórico e seu panorama atual?

4.3 Você conhece os princípios do SUS? Sim () Não ()

4.4 Você consegue aplicar estes princípios? De que forma?

4.5 É possível realizar uma leitura crítica do real e fazer proposições embasadas nos princípios do SUS?

4.6 Em seu processo de trabalho, você articula a dimensão educativa e preventiva em saúde?

4.7 Vislumbra a interface entre os princípios e diretrizes da política de saúde com projeto profissional do serviço social?

4.8 Como se dá a articulação entre o serviço social e profissionais de outras áreas, no âmbito deste hospital?

4.9 Qual o papel que o assistente social tem diante da consolidação da política de saúde frente suas atribuições e objetivos? É possível garantir esse papel?

4.10 O que consideras como sendo, no teu processo de trabalho, a principal contribuição com os sujeitos com doença renal?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **O processo de trabalho do Assistente Social junto a usuários com Doença Renal Crônica**

I. Justificativa

Este estudo versa sobre trabalho desenvolvido pelo assistente social com sujeitos em tratamento dialítico, compreendendo tendência e possibilidades da materialização do Projeto Profissional frente às demandas emergentes.

A pesquisa tem por objetivo geral investigar como se desenvolve o processo de trabalho do assistente social que intervém junto a sujeitos com doença renal crônica, identificando as dimensões ético-política, teórico-metodológica, técnico-operativa e sócio-afetiva, a fim de contribuir com subsídios que confirmam visibilidade a articulação da práxis com o Projeto Profissional.

Tendo em vista a importância epidemiológica da doença renal hoje no Brasil, assim como as repercussões sociais, psicológicas, educacionais, econômico-financeiras, políticas e de restrição de qualidade de vida, entende-se ser relevante aprimorar mecanismos de atendimento aos usuários portadores desta doença. Desta forma, visa-se a contribuir com a qualificação dos processos de trabalho dos profissionais e como forma de subsidiar a visibilidade da doença renal e da relevância do assistente social como profissional necessário frente às demandas expressas por estes sujeitos.

II. Procedimentos

A coleta de dados será feita com base em **observações**, por meio de Roteiro de Análise e através de **Entrevista semi-estruturada**, com utilização de Formulário.

III. Desconfortos ou Riscos Esperados

Não haverá riscos ao profissional que participar deste estudo, já que os dados serão desidentificados, preservando o anonimato dos profissionais.

IV. Benefícios

Entre os benefícios destacam-se: a livre expressão, a reflexão sobre o cotidiano de trabalho profissional, socialização de experiências e a possibilidade de contribuir com informações que confirmam visibilidade a doença renal crônica e ao seu processo de trabalho junto aos usuários.

Cabe salientar que o pesquisador não obterá, em nenhuma espécie, nenhum tipo de benefício ou remuneração.

V. Garantias

- Da garantia de requerer a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao estudo;
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança de que não serei identificado (a) e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade, podendo, eu inclusive, escolher um nome fictício como identificação;
- Que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após o término do estudo;
- Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados deste;
- De permitir o uso de gravador e fazer anotações das falas, com garantia de sigilo e anonimato.

Eu, _____, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim eu desejar. A Sra. Márcia Quaglia

certificou-se de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação a qualquer momento.

Fui informado (a) que não existem danos a minha integridade física e emocional provocados pela pesquisa.

Caso tiverem novas perguntas sobre este estudo posso esclarecê-las com a Sra. Márcia Quaglia, Chefe do Serviço Social no HCPA, pelo telefone (051)2101-8000. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo posso contatar ainda o Grupo de Pesquisa de Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo telefone (051)21018304.

Declaro que recebi uma cópia do presente Termo de Consentimento

Assinatura do sujeito da pesquisa

Nome do sujeito da pesquisa

_____/_____/_____

Assinatura do pesquisador

Nome do pesquisador

Este formulário foi lido para _____


Em ____/____/____ pelo _____ enquanto eu estava presente.

ANEXOS

ANEXO A

NÚMERO DE UNIDADES DE DIÁLISE E DE PACIENTES POR REGIÕES DO BRASIL

N de Unidades e Pacientes por Região
Censo SBN 2008

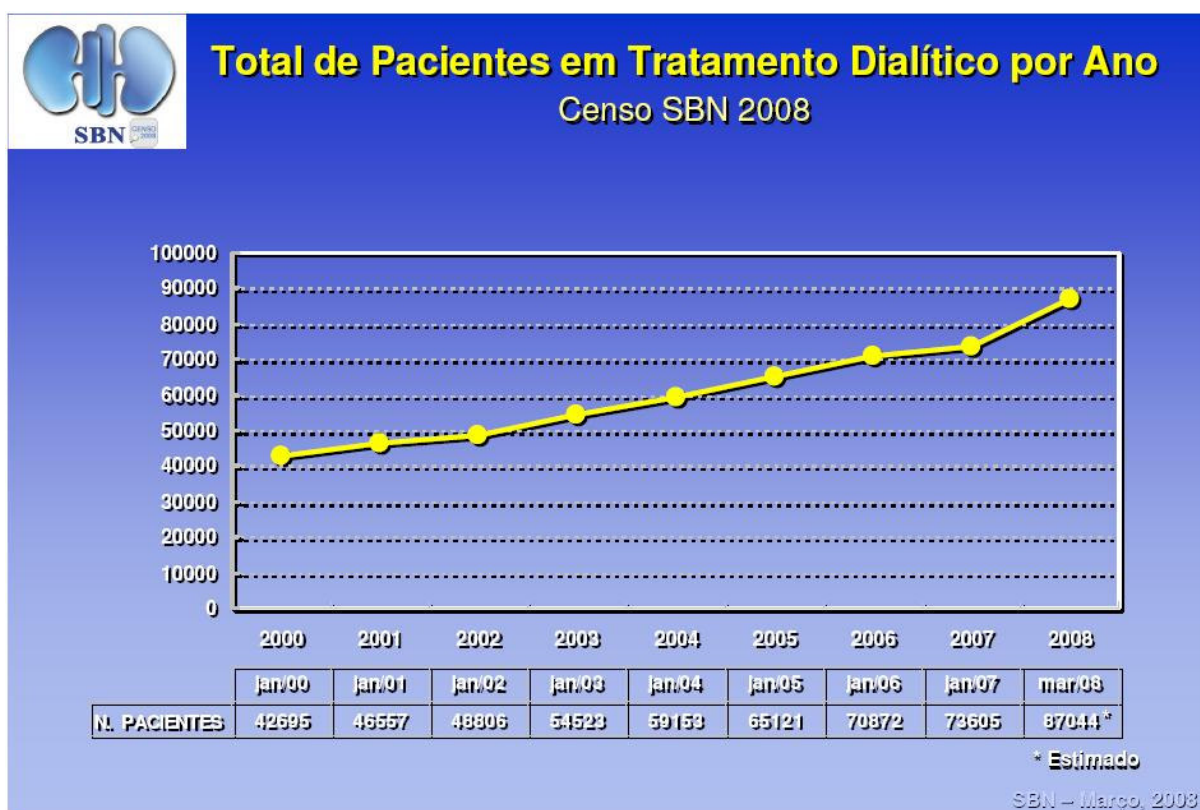


| Região | População | Unidades com programa e que responderam / total | Total de Pacientes |
|--------------|--------------------|---|--------------------|
| Sul | 27.361.125 | 71 / 150 (47,3%) | 6.394 |
| Sudeste | 79.730.820 | 159 / 332 (47,9%) | 23.880 |
| Centro-Oeste | 13.308.283 | 24 / 63 (38,1%) | 2.420 |
| Nordeste | 51.709.758 | 51 / 121 (42,1%) | 7.948 |
| Norte | 14.003.894 | 5 / 18 (27,8%) | 972 |
| Total | 186.113.880 | 310 / 684 (45,3%) | 41.614 |

Fonte: www.sbn.org.br

ANEXO B

GRÁFICO REFERENTE AO TOTAL DE PACIENTES EM TRATAMENTO DIALÍTICO POR ANO NO BRASIL.



Fonte: www.sbn.org.br

