



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ
CAMPUS DE PARANAVÁI
COLEGIADO SERVIÇO SOCIAL

Ellen Lopes da Silva

**O exercício profissional do/a Assistente Social e o atendimento a pessoas com
Insuficiência Renal Crônica (IRC)**

Paranavaí

2024

Ellen Lopes da Silva

**O exercício profissional do/a Assistente Social e o atendimento a pessoas com
Insuficiência Renal Crônica (IRC)**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Serviço Social do Campus de Paranavaí da Universidade Estadual do Paraná como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Me. Karima Omar Hamdan.

Paranavaí

2024

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNESPAR e Núcleo de Tecnologia de informação da UNESPAR, com Créditos para o ICMC/USP e dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Lopes da Silva, Ellen

O exercício profissional do/a Assistente Social e o atendimento a pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC) / Ellen Lopes da Silva. - Paranavaí- PR, 2024.

61 f.

Orientador(a): Profa. Me. Karima Omar Hamdan.

Trabalho de Conclusão de Curso, Serviço Social - Universidade Estadual do Paraná, 2024.

1. Apontamentos sobre o Serviço Social no Brasil: origem e as aproximações com a teoria marxista. 2. A instrumentalidade do Serviço Social. 3. Exercício profissional do/a Assistente Social no atendimento a pessoas com IRC. I - Omar Hamdan, Karima (orient). II - Título.

Ellen Lopes da Silva

O exercício profissional do/a Assistente Social e o atendimento a pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC)

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Universidade Estadual do Paraná – Campus Paranavaí, 06 de dezembro de 2024.



Profa. Dra. Priscila Semzezem Saes
Coordenação do Curso

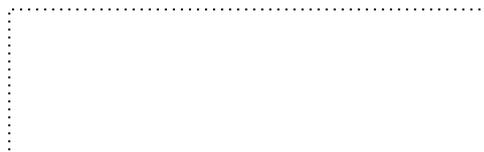
Banca examinadora



Profa. Me. Karima Omar Hamdan
Orientadora



Profa. Dra. Isabela Maria Marassi Rubira
Universidade Estadual do Paraná – Campus Paranavaí



Profa. Dra. Priscila Semzezem Saes
Universidade Estadual do Paraná – Campus Paranavaí

Paranavaí, 2024.

À minha família, dedico este trabalho, pois me ensinaram a força da gentileza ao serem meus pais até o fim.

AGRADECIMENTOS

Neste momento, vejo como é difícil iniciar os agradecimentos. São tantas pessoas que desejo retribuir o incentivo proporcionado, além dos pequenos detalhes que foram os mais fascinantes para mim. Então, agradeço a vocês que sabem quem são.

Sinto uma gratidão imensurável à minha família que esteve comigo durante esse período de formação profissional, especialmente aos meus pais (Enivaldo e Maria de Lourdes) e aos meus irmãos (Carlos Henrique e Mônica), que me acolheram, me deram amor, força e muito apoio para continuar em frente. Eu amo vocês infinitamente.

Agradeço aos meus colegas de classe e, sobretudo, pela amizade construída com a Thalia, Nathalia, Rafaelly, Tamiras, Jessica, Talita, Rafael e Rodrigo, os quais considero futuros/as Assistentes Sociais incríveis, pois assim espero e será. Não existem palavras que descrevam o amor incondicional que criei por vocês. Obrigado/a pelas boas risadas, pelos momentos de comemoração, pela socialização das fragilidades, pelo afeto recebido e, principalmente, pelas histórias pessoais que irei guardar em meu coração e alma. Tenho muito orgulho de vocês, por não desistirem, nunca.

Agradeço aos professores acadêmicos do curso de Serviço Social da Unespar Campus Paranaíba/Pr, por me conduzirem neste processo de aprendizagem com ética e respeito, bem como pelo conhecimento compartilhado que foi essencial durante os quatro anos da graduação. Obrigado/a.

Agradeço à “minha” orientadora, Prof.^a Me. Karima Omar Hamdan, pela paciência e constância ao me acompanhar durante a construção deste trabalho. E, que mesmo nos momentos mais difíceis me incentivou e mostrou o potencial que tenho como acadêmica e pesquisadora. Obrigada.

Agradeço à “minha” supervisora de campo e Assistente Social, Kátia Molina Fernandes Zamboni, por me receber com tanto carinho na Clínica do Rim Paranaíba/Pr, onde realizei o estágio supervisionado. Mas, sobretudo, pela amizade que criamos e por ser uma das inspirações que me fizeram pesquisar o objeto de estudo. Obrigada.

Por fim, meus mais sinceros agradecimentos a todos e todas. Cada um de vocês moldou a minha atual percepção de mundo e me fez compreender a pessoa

que realmente sou e posso ser. Me sinto extremamente feliz pelos momentos bons e simples que vivi durante o período da graduação em Serviço Social. Obrigado/a por tudo e por tanto!

Eu que sou de onde a miséria seca as estações, vi a primavera, florescer entre os canhões e não recuar [...]. A única luta que se perde é a que se abandona e nós nunca, nunca abandonamos luta, nunca, nunca.

(Primavera - Don L)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo geral compreender o exercício profissional do/a Assistente Social no que tange o atendimento a pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC) no Brasil. A priori, a motivação inicial para o desenvolvimento deste estudo se vincula à vivência no campo de estágio na Clínica do Rim Paranaíba/Pr, local no qual observamos o exercício profissional do/a Assistente Social no âmbito da saúde e mais especificamente junto a pessoas com IRC em Terapia Renal Substitutiva (TRS). Neste sentido, o estudo justifica-se porque o diagnóstico da IRC abrange fatores que vão além da questão física e, nesse ínterim, o atendimento do/a Assistente Social nessa área é essencial para que essas pessoas alcancem melhores condições de vida. A pesquisa se baseia no materialismo histórico dialético como método privilegiado de análise da realidade, trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que é realizada por meio de uma revisão bibliográfica e documental, cujos principais resultados apontam que o/a Assistente Social é fundamental para intervir em aspectos sociais que conformam o cotidiano das pessoas diagnosticadas com IRC.

Palavras-chave: exercício profissional; Assistente Social; pessoa com IRC.

ABSTRACT

This work has the general objective of understanding the professional practice of Social Workers in caring for people with Chronic Renal Failure (CRF) in Brazil. A priori, the initial motivation for developing this study is linked to the experience in the internship field at Clínica Renal Paranaíba/Pr, a place where we observed the professional practice of Social Workers in the health area and more specifically with people with CRF. undergoing Renal Replacement Therapy (RRT). In this sense, the study is justified because the diagnosis of CRF covers factors that go beyond the physical issue and, in the meantime, the role of the Social Worker in this area is essential for these people to achieve better living conditions. The research is based on dialectical historical materialism as a privileged method of analyzing reality. This is qualitative research, carried out through a bibliographic and documentary review, whose main results indicate that the Social Worker is fundamental when intervening in the social aspects that shape the daily lives of people diagnosed with CRI.

Keywords: professional practice; Social Worker; person with CRF.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CBCISS	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DRC	Doença Renal Crônica
EUA	Estados Unidos das Américas
IRC	Insuficiência Renal Crônica
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MG	Minas Gerais
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RJ	Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
TRS	Terapia Renal Substitutiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	APONTAMENTOS SOBRE O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: CONJUNTURA SOCIETAL NA DÉCADA DE 1960 E OS REBATIMENTOS NA PROFISSÃO	16
2.1	NOTAS HISTÓRICAS SOBRE A PROFISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: ORIGEM E O SERVIÇO SOCIAL DE CASO, GRUPO E COMUNIDADE....	16
2.2	CONJUNTURA SOCIAL DO BRASIL A PARTIR DA DÉCADA DE 1960 E AS APROXIMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL COM A TEORIA MARXISTA.....	25
3	A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC)	37
3.1	A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL.....	37
3.2	O/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E SUA ATUAÇÃO JUNTO A PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC).....	42
4	CONCLUSÃO	52
	REFERÊNCIAS	58

1 INTRODUÇÃO

A questão da manutenção da saúde é imprescindível para o desenvolvimento de uma vida digna e satisfatória para os seres humanos. Nesse sentido, é importante destacar que quando algum problema de saúde afeta as pessoas, sua vida sofre intensas modificações. E esse é o caso das pessoas acometidas por patologias que repercutem no adoecimento renal, que em alguns casos se torna Insuficiência Renal Crônica (IRC).

O Ministério da Saúde, em conjunto com a Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente, realizou um boletim epidemiológico no ano de 2024, que analisou o cenário da IRC no Brasil durante o período de 2010 a 2023. Neste boletim, destaca-se que a IRC “[...] é uma causa relevante de morbimortalidade no Brasil e no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que, globalmente, esta condição crônica afeta cerca de 10% da população” (Brasil, 2024, p. 01).

Ainda em concordância com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde e Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente (2024), “outras estimativas indicam a prevalência global de DRC em 14% da população geral e 36% em grupos de risco. No Brasil, a prevalência estimada pelo critério laboratorial em adultos é de 6,7%, triplicando em indivíduos com 60 anos ou mais de idade” (Brasil, 2024, p. 01).

Nessa perspectiva, é que se evidencia a importância do atendimento em sua maioria realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, no que se refere pessoas com IRC, posto que a Terapia Renal Substitutiva (TRS) é o tratamento indicado para aqueles que perdem as funções renais.

Vale frisar que, além da IRC interferir drasticamente na qualidade de vida da pessoa, a TRS acaba implicando na rotina/cotidiano desse sujeito. Visto que essa modalidade de tratamento de saúde é de alta complexidade e possui custo elevado para o SUS, que na maioria das vezes contrata instituições de cunho privado para ofertar serviços de TRS.

A motivação inicial, no que concerne o desenvolvimento desse estudo, surgiu devido à vivência no campo de estágio que despertou interesse pelo estudo da temática. Uma vez que o campo de estágio tem como foco o exercício profissional do/a Assistente Social no âmbito da saúde, e este por sua vez tem como público-alvo pessoas com IRC em TRS.

No que tange à justificativa social para realização deste trabalho, é necessário destacar que o diagnóstico da IRC envolve fatores biológicos, mas também sociais,

econômicos, ambientais, políticos e culturais que revela a importância do atendimento ser efetuado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Sendo um desses profissionais, o/a Assistente Social.

Vale ressaltar que o Serviço Social é considerado uma profissão da área da saúde, fato que também reforça a justificativa pela escolha do tema. Ademais, a atuação do/a Assistente Social junto a pessoas com IRC visa garantir a efetivação dos direitos sociais e o acesso à saúde de modo célere na vida dos mesmos, feito este que pode impactar na qualidade de vida desse segmento populacional.

Frente a esses apontamentos, a pesquisa tem como objeto o exercício profissional do/a Assistente Social junto a pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC). E a pergunta inicial que suscita a problematização da pesquisa, refere-se a responder à seguinte questão: Como se estabelece o exercício profissional do/a Assistente Social no atendimento a pessoas com IRC?

Sendo assim, foi definido como objetivo geral compreender o exercício profissional do/a Assistente Social no que tange o atendimento a pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC) no Brasil. Outrossim, os objetivos específicos são delimitados da seguinte maneira: entender a trajetória sócio-histórica do Serviço Social no Brasil; estudar a inserção do/a profissional de Serviço Social na área da saúde; apreender o exercício profissional do/a Assistente Social junto a pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC).

Para tanto, a pesquisa se baseia no materialismo histórico dialético, método elaborado por Karl Marx e discutido por outros pesquisadores que buscam explicações críticas sobre a realidade social. Conforme Silva (2019, p. 49), o método dialético investiga a dinâmica social e relaciona-se “[...] entre particularidade e universalidade, na determinação de suas mediações, visando compreender aparência e essência do objeto, revelando suas contradições, com o objetivo de superá-las”.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que, segundo Martinelli (2008, p. 36), visa analisar a subjetividade presente na realidade social do sujeito. Ou seja, a intenção da pesquisa qualitativa é a compreensão dos significados, “[...] é o exercício do olhar rigoroso, crítico, atento; é a busca do desvendamento crítico da realidade em análise, com vistas a uma intervenção mais qualificada”.

A pesquisa parte de uma revisão bibliográfica, documental e com abordagem descritiva. Foram utilizadas Leis e Legislações que apresentam contexto relativo ao objeto pesquisado, bem como textos publicados em livros e artigos com autores/as que versam sobre o Serviço Social, como por exemplo: Netto (2017), Yamamoto e

Carvalho (2006), Martinelli (2000), Castro (2000), Guerra (1999/2000), Sousa (2008), CFESS (2009/2010/2022), Sarreta (2008), Albiero e Silva (2019), dentre outros/as.

Desse modo, a pesquisa está estruturada em dois capítulos. No primeiro capítulo, buscou-se realizar apontamentos sobre o Serviço Social no Brasil, bem como sobre a conjuntura societal da década de 1960 e os rebatimentos da mesma na profissão. Por essa razão, discutiu-se a gênese da profissão e suas técnicas de intervenção como o Serviço Social de caso, grupo e comunidade, e para finalizar o capítulo em questão, evidenciou-se as aproximações do Serviço Social com a teoria marxista.

Em seguida, temos o segundo capítulo, que se refere à instrumentalidade do Serviço Social, como também ao exercício profissional do/a Assistente Social no atendimento a pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC). Para discorrer sobre tal assunto, debateu-se sobre a identidade social do Serviço Social na sociedade capitalista e os instrumentos e técnicas utilizados pela profissão como ferramenta de trabalho, visto que, para concluir o capítulo, discutiu-se as ações do/a Assistente Social na área da saúde e sua atuação junto a pessoas diagnosticadas com IRC.

E por fim, nas conclusões, retomamos a discussão acerca do objeto e objetivos definidos para apresentar os resultados da pesquisa.

2 APONTAMENTOS SOBRE O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: CONJUNTURA SOCIETAL NA DÉCADA DE 1960 E OS REBATIMENTOS NA PROFISSÃO

A profissão de Serviço Social originou-se no Brasil na década de 1930 e desde então vem sofrendo modificações em sua trajetória, posto que essas modificações coincidem com as mudanças que ocorrem na sociedade e que impactam as profissões. Nesse sentido, a profissão, que a princípio se baseava numa visão conservadora e dogmática da sociedade, em meados da década de 1960 começa a passar pelo movimento de reconceituação que culmina na adoção de uma perspectiva crítica de análise da realidade. E para entender mais sobre esse processo de renovação do Serviço Social, no primeiro capítulo iniciamos a discussão com base numa revisão bibliográfica, buscando desvelar aspectos que se referem à gênese da profissão e às técnicas de intervenção de caso, grupo e comunidade a seguir.

2.1 NOTAS HISTÓRICAS SOBRE A PROFISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: ORIGEM E O SERVIÇO SOCIAL DE CASO, GRUPO E COMUNIDADE

O Serviço Social pode ser definido como uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho, com competências de nível superior no campo das ciências sociais aplicadas. Visto que seu objeto de intervenção são as múltiplas expressões da “questão social”, caracterizadas pelo conjunto das desigualdades advindas do conflito capital e trabalho. Todavia, a profissão tem caráter ético, crítico, político e interventivo sobre a realidade social e, nessa direção, o/a profissional de Serviço Social atua em vários espaços sociocupacionais.

De acordo com Iamamoto e Carvalho (2006), ao debater sobre o Serviço Social, é necessário pontuar que sua origem e desenvolvimento se dá em decorrência das relações sociais originadas na sociedade capitalista, na qual ocorre a reprodução antagônica das classes sociais.

Segundo Iamamoto e Carvalho (2006), a reprodução das classes sociais repercute para além do processo de trabalho, engloba todas as nuances que compõem a realidade, ou seja, abarca a esfera cultural e espiritual da vida do trabalhador. Portanto,

[...] a reprodução das relações sociais é a reprodução da totalidade do processo social, a reprodução de determinado modo de vida que envolve o cotidiano da vida em sociedade: o modo de viver e de trabalhar, de forma socialmente determinada, dos indivíduos em sociedade. [...] de uma totalidade concreta em movimento, em processo de estruturação permanente. Entendida dessa maneira, a reprodução das relações sociais atinge a totalidade de vida cotidiana, expressando-se tanto no trabalho, na família, no lazer, na escola, no poder, etc., como também na profissão (Iamamoto; Carvalho, 2006, p. 72-73).

A partir dos pressupostos elaborados por Iamamoto e Carvalho (2006), percebe-se que as relações sociais incidem em toda forma de organização da vida social. Nesse sentido, as relações sociais estabelecidas no capitalismo repercutem inclusive no que tange às profissões, como no caso do Serviço Social.

Dessa forma, para os referidos autores, não há como dissertar sobre a gênese da profissão sem mencionar a sociedade capitalista e seus reflexos na vida do trabalhador. Nesse ínterim, o processo capitalista de produção e reprodução das relações sociais não se trata apenas da produção de mercadorias, mas, sim, da relação entre indivíduos e classes sociais. Sendo o capital uma relação social que determina a dinâmica e compreensão de todo o processo da vida social. Por isso,

Supõe o outro termo da relação: o trabalho assalariado, do mesmo modo que este supõe o capital. Capital e trabalho assalariado são uma unidade de diversos; uma se expressa no outro, um recria o outro, um nega o outro. O capital pressupõe como parte de si mesmo o trabalho assalariado (Iamamoto; Carvalho, 2006, p. 30-31).

Conforme as palavras de Martinelli (2000), a evolução do capitalismo só se concretizou pelas bases super explorativas da força de trabalho da classe trabalhadora, sendo que a burguesia concentrava cada vez mais poder e influência no Estado.

O crescimento industrial, por meio das máquinas, altera o processo social de trabalho, pois exigia do proletariado longas jornadas de trabalho, incorporando jovens, mulheres e crianças como mão de obra produtiva, assim como a crescente onda de problemas sociais (pobreza, fome, miséria etc.). Por conseguinte, a consciência de classe dos proletariados acarreta revolta e recusa do domínio do capital:

Caminhando em rota paralela ao desenvolvimento do próprio sistema capitalista, o protesto, a recusa e a resistência operária expressam as relações antagônicas entre as classes, de forma cada vez mais evidente. Num verdadeiro movimento de contrários, burguesia e proletariado moviam-se incompativelmente no cenário social, lutando por objetos opostos, o que determina um grau de tensão permanente na sociedade. A reprodução das

relações sociais tornava-se a reprodução da dominação, a reprodução ampliada do domínio de classes (Martinelli, 2000, p. 43).

A forma como o conjunto de capitalistas e o Estado burguês teve como estratégia de autopreservação e estabilidade do capitalismo, no sentido de gerar controle social contra as manifestações dos trabalhadores, foi no enfrentamento da “questão social” (Martinelli, 2000).

Como afirmam Iamamoto e Carvalho (2006), a “questão social” é fundamental para entender a lógica do surgimento da profissão em Serviço Social. Visto que as relações sociais engendradas na produção e reprodução do modo de vida e de trabalho determinam novas necessidades sociais, as quais demandam um/a profissional qualificado/a. Desse modo, a autora define “questão social” como,

[...] expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mas além da caridade e repressão (Iamamoto; Carvalho, 2006, p. 77).

Outro autor que também discute a origem da profissão no Brasil é Netto (2017). Para o referido autor, não há como desvincular o início da profissão com a transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista. Nesse contexto, é necessário salientar o período industrializante do capitalismo monopolista no início do século XX. Que, de acordo com Netto (2017, p. 16), “[...] a constituição da organização dos monopólios obedece à urgência de viabilizar um objetivo primário: o acréscimo dos lucros capitalistas através do controle dos mercados”.

Conforme Netto (2017), o surgimento da profissão vincula-se à denominada “questão social”, na qual é constituída pelas várias mazelas produzidas pelo sistema de exploração do capital. No entanto, não se caracteriza somente por essa definição, pois está ligada a um momento preciso de desenvolvimento da sociedade burguesa, o monopolista.

Para Netto (2017), incide na gênese do Serviço Social como profissão atender às necessidades e particularidades da organização econômica e política, a partir da captura do Estado burguês pelo capitalismo dos monopólios.

A solução do capitalismo monopolista, apoiado na inovação tecnológica e apropriação privada para maximizar lucros no controle do mercado, são inerentemente problemáticas. “Assim, para efetivar-se com chance de êxito, ela

demanda mecanismos de intervenção extra-econômicos¹. Daí a refuncionalização e o redimensionamento da instância por excelência do poder extra-econômico, o Estado” (Netto, 2017, p. 18).

Em vista disso, Netto (2017) sinaliza que o aparelho estatal, além de proporcionar condições necessárias de acumulação, transferir/financiar recursos públicos e sociais à valorização do capitalismo dos monopólios, tem por objetivo garantir que a força de trabalho explorada dos trabalhadores seja preservada para a reprodução do capital. Ademais, o capitalismo monopolista usa das políticas sociais porque

[...] somente nestas condições que as sequelas da “questão social” tornam-se [...] objeto de uma intervenção contínua e sistemática por parte do Estado. É só a partir da concretização das possibilidades econômico-sociais e políticas segregadas na ordem monopolítica [...] que a “questão social” se põe como alvo de políticas sociais. [...] É a política social do Estado burguês no capitalismo monopolista (e, como se infere desta argumentação, só é possível pensar-se em política social pública na sociedade burguesa com a emergência do capitalismo monopolista), configurando a sua intervenção contínua, sistemática, estratégica sobre as sequelas da “questão social” (Netto, 2017, p. 23).

Nesse sentido, através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da “questão social” de forma a atender às demandas da ordem monopolítica. Dessa maneira, percebe-se que, para o autor, a política social é uma forma de controle e preservação da força de trabalho (Netto, 2017).

Segundo Netto (2017), processos econômicos, sócio-políticos e teórico-culturais instaurados pelo espaço histórico-social, entrelaçam-se com a necessidade do Estado em dar respostas às expressões da “questão social”, esse tipo de situação acaba por motivar a necessidade do Serviço Social emergir como profissão. Nesse sentido, pode-se pontuar que o/a Assistente Social é um/a dos/as profissionais que atua na execução das políticas sociais. E quando esse/a profissional se insere na dinâmica da compra e venda de sua força de trabalho o seu fazer apresenta um significado social. Assim,

¹ “A necessidade de uma nova modalidade de intervenção do Estado decorre primariamente, como aludimos, da demanda que o capitalismo monopolista tem de um vetor extra-econômico para assegurar seus objetivos estritamente econômicos. O eixo da intervenção estatal na idade do monopólio é direcionado para garantir os superlucros dos monopólios — e, para tanto, como poder político e econômico, o Estado desempenha uma multiplicidade de funções” (Netto, 2017, p. 19).

[...] passa a inscrever-se numa relação de assalariamento e a significação social do seu fazer passa a ter um sentido novo na malha da reprodução das relações sociais. [...] é com este giro que o Serviço Social se constitui como profissão, inserindo-se no mercado de trabalho (Netto, 2017, p. 54).

Portanto, cabe mencionar, então, que a gênese da profissão em Serviço Social é marcada por um cenário no qual o Estado necessita intervir na relação entre as classes sociais. (Netto, 2017).

Neste contexto, também é importante destacar, conforme Iamamoto e Carvalho (2006), que a Igreja tem um papel decisivo na origem da profissão no Brasil. É pela mobilização do movimento católico leigo da igreja na década de 1920, que surgem as primeiras escolas de Serviço Social no país, nesse sentido as mesmas são assentadas na doutrina social da igreja católica e nutridas pela teoria positivista.

Importante mencionar que a Igreja Católica no período obedecia a uma lógica assistencialista e baseada em ações filantrópicas. Na realidade, o interesse era fazer com que a classe trabalhadora fosse mantida sob controle frente ao sistema exploratório do capitalismo. Nessa esteira, as instituições assistenciais tendem a crescer no Brasil da época. Enfim, pontua-se que a chegada dessas instituições advém do movimento de reação católica², que visava conquistar a hegemonia da igreja. (Iamamoto; Carvalho, 2006).

Nota-se que é nesse contexto assistencialista e hierarquizante das relações sociais que a profissão se desenvolve no país, e ainda cabe mencionar que é nesse cenário que, “[...] a partir da década seguinte permitirão a expansão da ação social e o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social” (Iamamoto; Carvalho, 2006, p. 167).

A chegada das primeiras escolas de Serviço Social no Brasil, sob influência do Serviço Social europeu, se dá a partir de um sistema econômico no qual se inicia a industrialização. Nesse contexto, a política do Estado era repressora, todavia essa

² “[...] os Estados nacionais europeus são forçados a conceder aos movimentos políticos e ideológicos burgueses uma parcela substancial do anterior monopólio ideológico mantido pela Igreja. A religião católica perde sua ampla hegemonia enquanto concepção de mundo das classes dominantes – que se reflete, [...], no decréscimo de sua importância na filosofia, no movimento intelectual, no controle dos movimentos sociais – e na Sociedade Civil, [...]. Ante a desagregação da Sociedade Civil tradicional e ao declínio de sua influência – ante a “ultrapassagem da concepção religiosa do mundo” – a Igreja Católica deverá reagir, reagrupando suas forças, visando à reconquista de suas antigas prerrogativas e privilégios, [...]. Essa reação terá por base, por meio de métodos organizativos e disciplinares, a constituição de poderosas organizações de massa [...] – visando ao controle e enquadramento da população católica. A partir da aglutinação de suas forças, da concentração de suas fileiras, pretende a hierarquia resistir ao assalto da reforma protestante e laica e, pelo cerco ao Estado Liberal, restabelecer, por meio da estratégia do domínio indireto, sua antiga hegemonia” (Iamamoto; Carvalho, 2006, p. 141).

forma de ação já não continha a organização da sociedade e o amadurecimento político dos movimentos operários. Frente a essa situação, a burguesia buscava manter o controle dos trabalhadores, assim sendo, o aparato estatal fortaleceu alianças com a igreja católica para acabar com as tensões sociais através dos movimentos leigos (Martinelli, 2000).

Em São Paulo, em 1932, o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS) foi visto como a primeira manifestação do Serviço Social no Brasil. Sendo assim, influenciado pela classe dominante na contenção das lutas sociais, a igreja, por meio da ação social e ação católica, recrutava agentes³, mais especificamente, mulheres católicas e burguesas para qualificá-las em práticas sociais de caridade cristã. Sendo o objetivo principal do CEAS formar agentes versados no estudo da doutrina social da igreja, o que incluía ter habilidades doutrinárias e entendimento dos problemas sociais (Iamamoto; Carvalho, 2006).

Segundo Iamamoto e Carvalho (2006), a primeira escola de Serviço Social de São Paulo se origina no Brasil, em 1936, com inspiração nas escolas de Serviço Social da Europa, bem como, motivada por associações e grupos integrantes do CEAS, que passa a orientar na formação técnica especializada.

A demanda por novos agentes originados da ação social católica e conduzidos pela formação técnica especializada⁴ ocorre perante a primeira intervenção do Estado na regulamentação do trabalho, como também por cooptação de instituições estatais que tendem a racionalizar e gestar a assistência social. Posto que o método utilizado é o Serviço Social de Casos Individuais, cuja finalidade seria reajustar indivíduos às condições normais de vida (Iamamoto; Carvalho, 2006).

Desse modo, para os autores Iamamoto e Carvalho (2006), essa demanda não subestima a relevância do trabalho desenvolvido pelas pioneiras do Serviço Social ao divulgar e institucionalizar a profissão e seus serviços. Portanto, é importante assinalar,

[...] que ocorre um processo de “mercantilização” dos portadores daquela formação técnica especializada, que se traduz em sua transformação em força de trabalho que pode ser comprada. [...]. O portador dessa qualificação não mais necessariamente será uma moça da sociedade devotada ao apostolado social. Progressivamente se transformará num componente de

³ “Há também uma clareza quanto ao sentido novo dessa ação social; se tratará de intervir diretamente junto ao proletariado para afastá-lo de influências subversivas” (Iamamoto; Carvalho, 2006, p. 170).

⁴ “A demanda por essa formação técnica especializada crescentemente terá no Estado seu setor mais dinâmico, [...] passará a regulamentá-la e incentivá-la institucionalizando sua progressiva transformação em profissão legitimada dentro da divisão social-técnica do trabalho” (Iamamoto; Carvalho, 2006, p. 176).

Força de Trabalho, possuindo determinada qualificação, englobada na divisão social-técnica do trabalho (Iamamoto; Carvalho, 2006, p. 179).

Em 1937, no Rio de Janeiro, surge a segunda escola de Serviço Social do Brasil. A cidade era considerada um grande espaço da indústria econômica e de serviços, e ainda concentrava a administração do Estado, os grandes equipamentos da igreja católica e instituições bancárias. Por concentrar os principais centros da direção política e da economia, o Rio de Janeiro foi a “[...] cidade onde mais se desenvolveu a infra-estrutura de serviços básicos, inclusive serviços assistenciais, com forte participação do Estado” (Iamamoto; Carvalho, 2006, p. 181).

Para Iamamoto e Carvalho (2006), há uma crescente eclosão de escolas na formação técnica especializada de Assistentes Sociais no país, cuja formação profissional, até a década de 1940, permeava-se no cenário da igreja católica em cooperação com o aparato estatal. Ademais, a ação do Serviço Social tinha perspectiva no atendimento individual que culpabilizava o sujeito pelo seu estado de vida. O indivíduo era visto como causador de seus próprios problemas sociais, tendo que se reajustar à sociedade capitalista. Sendo assim, a autora Martinelli (2000) pontua que:

[...] as ações profissionais dos assistentes sociais atendiam muito mais aos interesses do capitalista do que aos do proletariado enquanto classe. Eram ações que tinham por real objetivo a manutenção da ordem social e do equilíbrio necessário à expansão do capital. O discurso humanitário que as envolvia procurava ocultar suas reais intenções, além de recobrir as profundas desigualdades que caracterizavam o regime capitalista (Martinelli, 2000, p. 130).

A partir dessa perspectiva de reajustamento dos sujeitos, a profissão se desenvolve e chega nas décadas de 1940 e 1950. Nesse período, os Estados Unidos das Américas (EUA) ascendem como potência mundial, e por consequência passam a impor por todo o território terrestre o modo de vida americano, e, dessa forma, as profissões majoritariamente são influenciadas a segui-las. Por conseguinte, o Serviço Social não excede a regra e sucessivamente se inspira na escola norte-americana de Serviço Social (Netto, 2017).

De acordo com Iamamoto e Carvalho (2006), o marco dessa preponderância norte-americana ao ensino especializado brasileiro ocorre pelo Congresso Interamericano de Serviço Social de Atlantic City, nos EUA, datado em 1941. É por esse evento que “[...] se amarram os laços que irão relacionar [...] as principais escolas

de Serviço Social brasileiras com as grandes instituições e escolas norte-americanas e os programas continentais de bem-estar social” (Iamamoto e Carvalho, 2006, p. 228).

Segundo Martins (2004, *apud* Netto; Barros, 2014), a aproximação do Serviço Social brasileiro com os Estados Unidos modelou amplamente o perfil profissional dos/as Assistentes Sociais na década de 1940 até 1960. Nesse período, se instaura na profissão as metodologias de caso, grupo e comunidade, com ênfase no ajustamento e ajuda psicossocial do sujeito, bem como no desenvolvimento de abordagens grupais, individuais e/ou de comunidade. Sobre as condicionalidades aplicadas à classe operária pelo Serviço Social, Netto (2017) salienta que:

A funcionalidade histórico-social do Serviço Social aparece definida precisamente enquanto uma tecnologia de organização dos componentes heterogêneos da cotidianidade de grupos sociais determinados para ressituarlos no âmbito desta mesma estrutura do cotidiano — o disciplinamento da família operária, a ordenação de orçamentos domésticos, a recondução às normas vigentes de comportamentos transgressores ou potencialmente transgressores, a ocupação de tempos livres, processos compactos de ressocialização dirigida etc. —, conotando-se tecnologia de organização do cotidiano como manipulação planejada (Netto, 2017, p. 84-85).

Castro (2000) pontua que não há como desvincular a origem da profissão do Serviço Social na América Latina de processos econômicos e políticos que estavam ocorrendo. Nessa esteira, o autor faz uma análise da profissão em três países latino-americanos, sendo eles: Brasil, Chile e Peru.

Castro (2000) cita o desenvolvimento norte-americano pós-Segunda Guerra Mundial (1945), uma vez que, ao sair como país vitorioso da referida guerra, os Estados Unidos tratam de aprofundar sua hegemonia pelo mundo, e a partir de então, a busca é por uma reforma social focada na “humanização capitalista”.

Isso impulsionou a expansão do desenvolvimento de comunidade do Serviço Social que “[...] estimulava a participação popular, propugnando associar os esforços da população aos dos governos” (Castro, 2000, p. 09), no que concerne melhorar o quadro econômico, social e cultural das comunidades na luta em oposição ao subdesenvolvimento, como também, no estímulo à identificação de suas próprias necessidades coletivas e individuais.

Vale ressaltar que os métodos de caso e grupo utilizados previamente pelo Serviço Social se submeteram ao encargo “[...] das potencialidades atribuídas ao exercício do desenvolvimento comunitário, no qual a grande realização consistia, além

do enfoque de problemas individuais ou grupais, na vinculação com projetos gerais de desenvolvimento” (Castro, 2000, p. 144).

Nesse sentido, a propagação de potencialidades coletivas e individuais a partir do discurso de progresso social e econômico utilizado no desenvolvimento de comunidade da profissão, na verdade, encobria a real finalidade de expansão do capitalismo. Castro (2000) ainda sinaliza sobre o

[...] desenvolvimento de comunidade e à renovação das equipes técnicas e dos quadros profissionais não deve ser visto como uma proposta singular ou dirigida fundamentalmente para orientar a prática dos assistentes sociais. Ao contrário: tudo isto deve ser visualizado como integrante da ampla estratégia com a qual os países desenvolvidos – e especialmente os Estados Unidos – procuravam criar as condições (políticas, administrativas e culturais) mais propícias para integrar e dinamizar o desenvolvimento do capitalismo e o mercado latino-americano sob sua hegemonia financeira. [...], tornava-se necessário renovar o aparelho tecnocrático dos Estados, tecnificando-o e dotando-o de um corpo de profissionais mais funcional ao sistema (Castro, 2000, p. 134-135).

Percebe-se, então, que o desenvolvimento de comunidade fazia parte de algo mais profundo que se conecta ao disciplinamento e enquadramento dos sujeitos ao modo de produção capitalista, e acrescenta-se que o desenvolvimento de comunidade do Serviço Social ainda pode ser entendido como uma técnica ou espaço de intervenção da profissão. Posto que foi fundamental para a transição do profissional apostolado baseado no caritivismo ao agente da transformação social, em vista que:

Para o assistente social, a adesão ao Desenvolvimento de Comunidade implicava a adoção de uma posição sensivelmente diversa daquela que norteava a sua prática anterior, redefinida em termos de suas práticas e estratégias de ação. No que se refere ao primeiro ponto, era necessário assumir uma grande variedade de elementos que renovavam o seu trabalho concreto; quanto ao segundo, era necessário visualizar a profissão inserida nos esforços coletivos orientados para o bem-estar geral e o desenvolvimento. Já não se tratava mais de um trabalho de corte assistencialista, carente de uma perspectiva de maior fôlego. Agora se abriam possibilidades – pelo conteúdo do discurso desenvolvimentista – de inscrever os esforços particulares e coletivos do Serviço Social num projeto orientado à superação dos problemas de fundamento estrutural (Castro, 2000, p. 153).

Posteriormente, a proposta desenvolvimentista, aliada a mudanças conjunturais, passa a não responder aos anseios da profissão, o que faz com que ocorram discussões em âmbito universitário e nas ciências sociais como um todo, uma vez que os “estudantes e docentes de Serviço Social assumiam com empenho e vigor a tarefa de revisar completamente a profissão” (Castro, 2000, p. 169).

Ademais, segundo Castro (2000, p. 170), o crescimento das dinâmicas estudantis do Serviço Social “[...] com a conseqüente democratização do ensino superior, também contribuiu [...] para que os discentes lutassem por maior participação na definição das orientações centrais da sua formação”.

Em vista disso, Castro (2000) ainda ratifica que as transformações no quadro social, econômico e político que passam a permear os anos de 1960 e 1970 na América Latina, trouxeram insatisfação sobre a proposta desenvolvimentista do Serviço Social e questionamentos no meio acadêmico acerca da realidade profissional.

Importante frisar que em meados da década de 1960, o Brasil sofre um golpe militar e, a partir de então, vários setores da sociedade civil se mobilizam e passam a lutar pelo restabelecimento de seus direitos sociais e políticos. Toda essa conjuntura também ocasiona mudanças na profissão de Serviço Social. Frente a essa conjuntura, surgem reflexões e questionamentos sobre as bases da profissão, o que repercutirá em um movimento de reconceituação do Serviço Social no Brasil, sobre o qual discorreremos no próximo item.

2.2 CONJUNTURA SOCIAL DO BRASIL A PARTIR DA DÉCADA DE 1960 E AS APROXIMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL COM A TEORIA MARXISTA

Para entender o movimento de reconceituação⁵ do Serviço Social no Brasil, é preciso analisar as condições históricas que permeavam as décadas de 1960 e 1970, bem como as influências que geraram mudanças no pensamento profissional. Afinal, o país foi demarcado pela autocracia burguesa que instaurou o regime político de ditadura militar e desenvolveu “[...] certas tendências, paradigmas e linha de reflexão no Serviço Social” (Netto, 2017, p. 23).

Netto (2017, p. 24) afirma que nesse período os golpes de Estado ocorreram em outros países além do Brasil, pois “era somente o sintoma de um processo mais amplo, movendo-se na moldura de uma substancial alteração na divisão internacional

⁵ “[...] foi a que se explicitou na América Latina a partir de 1965 e que teve a sua curva ascendente por quase uma década — o chamado movimento de reconceptualização (ou reconceituação) do Serviço Social. A reconceptualização é, sem qualquer dúvida, parte integrante do processo internacional de erosão do Serviço Social “tradicional” e, portanto, nesta medida, partilha de suas causalidades e características. Como tal, ela não pode ser pensada sem a referência ao quadro global (econômico-social, político, cultural e estritamente profissional) em que aquele se desenvolve. No entanto, ela se apresenta com nítidas peculiaridades, procedentes das particularidades latino-americanas” (Netto, 2017, p. 151).

capitalista do trabalho, os centros imperialistas, sob o hegemonismo norte-americano” introduziram a contrarrevolução preventiva após o avanço e desenvolvimento das forças políticas sociais e reivindicações no campo democrático.

Essa contrarrevolução preventiva buscava aprofundar os países na nova forma de inter-relacionamento da economia capitalista e mundialização do capital, tal como, “[...] imobilizar os protagonistas sociopolíticos habilitados a resistir a esta reinserção mais subalterna no sistema capitalista; e, enfim, dinamizar em todos os quadrantes as tendências que podiam ser catalisadas contra a revolução e o socialismo” (Netto, 2017, p. 24).

De acordo com Netto (2017, p. 28), a solução econômica, em articulação com a execução do plano de metas para reajustar os vínculos do Estado com o capital privado nacional e empresas transnacionais, estavam fragilizados politicamente, “[...] o suporte político deste arranjo, que parecerá estável nos últimos anos da década de 1950, passa a sofrer forte erosão entre 1961 e 1964”.

Netto (2017, p. 28) sinaliza que neste período, o aparelho do Estado com predominância de políticos conservadores, enfrentava protagonistas democráticos que se comprometiam com os interesses da população brasileira. Esse campo político popular uniu e politizou sindicatos, assim o debate “[...] sob a nem sempre inequívoca bandeira das reformas de base — o eixo sobre o qual deslizara até então a história da sociedade brasileira: o capitalismo sem reformas e a exclusão das massas dos níveis de decisão”.

A conjuntura sociopolítica e o golpe militar de 1964, foram a solução em que a hegemonia dominante da burguesia se apoiou ao determinar a contrarrevolução, para poder então derrubar as forças democráticas e as massas populares nacionais que almejavam ascensão dentro do aparato político estatal brasileiro:

O que os estrategistas (nativos ou não) de 1964 obtiveram foi a postergação de uma inflexão política que poderia — ainda que sem lesionar de imediato os fundamentos da propriedade e do mercado capitalistas — romper com a heteronomia econômica do país e com a exclusão política da massa do povo. Nesse sentido, o movimento cívico-militar de abril foi inequivocamente reacionário — resgatou precisamente as piores tradições da sociedade brasileira. Mas, ao mesmo tempo em que recapturava o que parecia escapar (e, de fato, estava escapando mesmo) ao controle das classes dominantes, deflagrava uma dinâmica nova que, a médio prazo, forçaria a ultrapassagem dos seus marcos (Netto, 2017, p. 30-31).

O Estado autocrático burguês, pós 1964, instaura então uma ordem de poder com dominância dos impérios monopólicos e oligarquia financeira nacional. Dessa

forma, a característica econômico-política girava em torno de duas funcionalidades, “[...] o seu caráter essencial: ele é antinacional e antidemocrático [...]. A exclusão é a expressão política do conteúdo econômico da heteronomia” (Netto, 2017, p. 33-34). Ou seja, as forças democráticas populares foram expulsas e reprimidas violentamente do aparato político do Estado que seguia regras de países exteriores.

Segundo Netto (2017, p. 128), a conjuntura da ditadura cívico-militar trouxe novas demandas a serem respondidas pelas modalidades interventivas do/a profissional em Serviço Social. Nesse sentido, surgem implicações no movimento interno da profissão, como “[...] os padrões imperantes na reprodução da categoria profissional, as suas formas organizativas, as influências teórico-culturais, as suas elaborações intelectuais e as suas (auto)representações”.

Para Netto (2017), os discursos da autocracia burguesa, comandada pelo capital, reforçavam práticas do Serviço Social que validavam características tradicionais da profissão. Os profissionais seguiam traços de meros executores das políticas sociais, procuravam ser pacíficos e evitavam conflitos em seus espaços sociocupacionais, e assim a busca era por manter o controle da ordem social.

Conforme o autor referido, a ditadura burguesa com sua peculiaridade política, econômica e social, modificou profundamente a sociedade e as forças produtivas que se viram saturadas pelas expressões da questão social. Nessa perspectiva, a administração do Estado sofreu reorganizações que centralizaram e burocratizaram as políticas sociais. Estas condições modificaram a situação do Serviço Social “[...] não exclusiva, mas especialmente, em dois níveis, imbricados porém diferenciados por especificidades: o da sua prática e o da sua formação profissionais” (Netto, 2017, p. 129).

De acordo com Netto (2017), a expansão do mercado nacional de trabalho, comandado pelo capital e pela autocracia burguesa, buscou reorganizar o aparato institucional do Estado sob o bojo da modernização conservadora e racionalizar a gestão das políticas sociais em benefício do crescimento econômico do país.

Diante disso, os espaços de trabalho dos/as Assistentes Sociais (tanto no campo público como privado) crescem e demandam um profissional com novas especificidades que possa atender às mazelas geradas pelo capitalismo. Pelo fato de que “[...] sua nova inserção nos chamados serviços públicos viu-se universalizada no espaço nacional – aqui, a reformulação organizacional e funcional supôs também uma extensão quantitativa da demanda dos quadros técnicos de Serviço Social” (Netto, 2017, p. 131).

Sobre esse viés, o Estado requisitou ao exercício profissional uma postura moderna que desempenhasse a racionalidade burocrático-administrativa nos espaços sociocupacionais. Visto que essas “[...] exigências engendrou precisamente um vetor de erosão do Serviço Social ‘tradicional’, [...] são deslocados e substituídos por procedimentos ‘racionalis’” (Netto, 2017, p. 133).

Após as novas demandas do mercado nacional de trabalho para a profissão, em meio à modernização conservadora, emerge a necessidade de refuncionalizar as condições da formação profissional dos/as Assistentes Sociais, a qual buscava “[...] romper de vez com o confessionalismo, o paroquialismo e o provincianismo que historicamente vincaram o surgimento e o evoluir imediato do ensino do Serviço Social no Brasil” (Netto, 2017, p. 133).

Netto (2017) ressalta que anteriormente as escolas de Serviço Social no Brasil eram isoladas, mantidas com poucos recursos e profissionais docentes ligados ao moralismo. E com as mudanças ocasionadas na sociedade brasileira pela autocracia burguesa, incorporou-se a formação profissional de Assistentes Sociais nas universidades.

A inserção do ensino em Serviço Social no âmbito acadêmico fez com que a formação interagisse diretamente com disciplinas ligadas às ciências sociais, como Antropologia, Sociologia e Psicologia Social. Portanto, com a aproximação da formação universitária dos profissionais às ciências sociais, o Serviço Social desperta uma massa de pensamento crítico que fundamentasse seu agir profissional, algo que antes era inexistente na profissão. Desse modo, Netto (2017) afirma que:

A “modernização conservadora” revela-se inteiramente neste domínio: redefine-se a base da legitimidade profissional ao se redefinirem as exigências do mercado de trabalho e o quadro da formação para ele. É neste contexto que se desenvolve a renovação do Serviço Social: ele fornece as balizas histórico-sociais e ideoculturais no interior das quais a profissão experimentará as maiores rotações desde que surgiu no país (Netto, 2017, p. 135).

Nesse sentido, Netto (2017) destaca também como o processo do Serviço Social no regime autocrático burguês evidenciou um funcionamento profissional laicizado que passa a não responder somente às requisições que eram demandados a fazer.

A partir de então, a profissão transcendeu as vontades específicas da autocracia burguesa e assim foram gestadas oportunidades para ultrapassá-la “[...] ao

refuncionalizar a contextualidade da prática profissional e redimensionar as condições da formação dos quadros por ela responsáveis” (Netto, 2017, p. 137).

É a partir desse contexto histórico da autocracia burguesa⁶ no Brasil que se desenvolve o movimento de reconceituação do Serviço Social e o processo de renovação do Serviço Social. O mesmo teve três vertentes importantes e expostas por Netto que devem ser discutidas, sendo elas: perspectiva modernizadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura (Viana; Carneiro; Gonçalves, 2015).

Netto (2017) cita que a renovação profissional não é um acúmulo natural do Serviço Social, e que acontece sim pelo avanço da relação capitalista ao decorrer da modernização conservadora no país. Para tanto, o autor define o processo de renovação do Serviço Social por um

[...] conjunto de características novas que, no marco das constrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendências do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais (Netto, 2017, p. 138-139).

Segundo Netto (2017), é por intermédio das ciências sociais que o Serviço Social introduz bases teórico-metodológicas na formação universitária e busca legitimar sua prática como instituição profissional sem bases ético-morais passadas, tal qual, diferente da intervenção profissional sobre a “questão social” com práticas calcadas em abordagens individuais, grupais e comunitárias de 1950.

Para Netto (2017), além de incorporarem estudos teóricos contemporâneos e tradicionais no âmbito do ensino acadêmico, o Serviço Social começa a pesquisar fontes teóricas em correntes marxistas para fundamentar e analisar procedimentos interventivos do agir profissional nas estruturas/mudanças sociais, como também ter visão crítica da sociedade brasileira.

Em vista disso, o Serviço Social com suas próprias elaborações intelectuais passa a colidir com os aspectos do sistema do trabalho e cultura, cujas características

⁶ “[...] o regime autocrático burguês deflagrou tendências que continham forças capazes de apontar para o cancelamento da sua legitimação. Em poucas palavras, isto equivale a afirmar que, instaurando condições para uma renovação do Serviço Social de acordo com as suas necessidades e interesses, a autocracia burguesa criou simultaneamente um espaço onde se inscrevia a possibilidade de se gestarem alternativas às práticas e às concepções profissionais que ela demandava” (Netto, 2017, p. 137).

mais presentes nessas elaborações é o diagnóstico crítico sobre a profissão, sendo que a “[...] mesma se põe como objeto de pesquisa, num andamento antes desconhecido — é só no marco desta abrangência que o Serviço Social explicitamente se questiona e se investiga como tal” (Netto, 2017, p. 141).

Desse modo, as problematizações do Serviço Social no que diz respeito às bases teóricas e à ação profissional da categoria são discutidas em encontros, colóquios, seminários e congressos profissionais. Dado que esses eventos organizados “[...] deixam de ser espaços de consagração consensuais e se revelam territórios de polêmica” (Netto, 2017, p. 141).

No entanto, após essa concepção geral da renovação do Serviço Social no Brasil, Netto (2017) ressalta que esse processo não rompeu integralmente e linearmente com os traços conservadores do Serviço Social tradicional por completo, mas criou condições e tendências que enriqueceram o desenvolvimento e redefinição da profissão. E é nesse ponto que avançamos para discutir sobre as três vertentes que determinaram a renovação do Serviço Social no país.

Nesse contexto, Netto (2017) cita que a primeira das vertentes que constituíram o processo de renovação do Serviço Social no Brasil foi a perspectiva modernizadora, que começa a ganhar destaque após a instabilidade do tradicionalismo na profissão. Essa perspectiva define-se pelo rearranjo dos governos ditatoriais de 1964, no qual o Serviço Social, para suprir as demandas do Estado, necessitou se modernizar diante das mudanças econômicas, políticas e sociais provenientes da autocracia burguesa.

De acordo com Netto (2017), no que tange o contexto de desenvolvimento que ocorreu na sociedade brasileira durante o período ditatorial, a perspectiva modernizadora, em busca de adequar-se ao governo e modernizar o Serviço Social para superação do subdesenvolvimento, direciona a profissão através de aportes técnicos em políticas desenvolvimentistas e intervenções racionalizadas/planejadas:

A primeira direção conforma uma perspectiva modernizadora para as concepções profissionais — um esforço no sentido de adequar o Serviço Social, enquanto instrumento de intervenção inserido no arsenal de técnicas sociais a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista, às exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes no pós-1964 (Netto, 2017, p. 157).

Netto (2017) cita que a perspectiva modernizadora emergiu no encontro de Porto Alegre (1965) e teve seu primeiro ápice de afirmação no seminário de Araxá-

MG (1967), no qual se desdobrou para o evento de Teresópolis-RJ (1970). Em vista de que ambos os eventos foram promovidos pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social (CBCISS), para a promoção do “Seminário de Teorização do Serviço Social” (Netto, 2017, p. 166).

Conforme Netto (2017), o seminário de Araxá-MG trouxe características transformistas e sociotécnicas que buscaram recuperar o Serviço Social sob novas bases tradicionais. Enquanto o seminário de Teresópolis-RJ visava que o moderno posto para a profissão se sobressaísse ao tradicionalismo, a partir de um viés operante e de administração tecnoburocrática. Ou seja, “[...] em Araxá, coroa-se uma indicação do sentido sociotécnico do Serviço Social; em Teresópolis, cristaliza-se a operacionalidade deste sentido” (Netto, 2017, p. 187).

Depois dos dois encontros, os membros que participaram de cada discussão formularam os documentos de Araxá-MG e Teresópolis-RJ. Esses documentos possuíam aspectos diferentes, mas partiam da mesma direção na “[...] consolidação modelar da tentativa de adequar as (auto)representações profissionais do Serviço Social às tendências sociopolíticas que a ditadura tornou dominantes” (Netto, 2017, p. 166).

Em seguida, Netto (2017) reverbera que, após os seminários de Araxá-MG e Teresópolis-RJ, a fase final da perspectiva modernizadora ocorreu com os colóquios no Centro de Estudos do Sumaré-RJ (1978) e Alto da Boa Vista-RJ (1984), também promovidos pelo CBCISS.

As questões que foram tratadas nos seminários do Sumaré-RJ e no Alto da Boa Vista-RJ eram reflexões novas acerca da relação do Serviço Social com o estudo científico e a criticidade da profissão, portanto, discutiam sobre os processos históricos do positivismo, fenomenologia e dialética. Netto (2017, p. 192) pontua que “[...] notadamente no do Alto da Boa Vista, é perceptível um movimento de abertura a referências distintas do caldo conservador”.

Ademais, Netto (2017) deixa claro que a perspectiva modernizadora teve sua importância como arena de debates para o Serviço Social no Brasil, pois abriu caminhos para outras vertentes renovadoras. No entanto,

[...] os seminários promovidos pelo CBCISS — em que se afirmou e consolidou a perspectiva modernizadora, o seu deslocamento não derivou num debate profissional capaz de empolgar os setores de ponta do Serviço Social no Brasil. Sem prejuízo de uma eventual e futura revalorização daquele espaço, o exame dos resultantes do Sumaré e do Alto da Boa Vista patenteia que o processo de renovação profissional já transitava por outros condutos e

envolvia outros protagonistas [...]. Mas foi ainda no seu marco que se explicitou a segunda direção do processo renovador (Netto, 2017, p. 196).

A segunda vertente discutida por Netto (2017) e que constituiu o processo de renovação do Serviço Social no Brasil foi a reatualização do conservadorismo, que começa a ser formulada na época dos seminários de Sumaré-RJ e Alto da Boa Vista-RJ. Vale recordar que a vertente anterior (perspectiva modernizadora) não erradicou o rastro conservador da profissão, visto que buscou reformar o perfil profissional e encaixar-se às exigências da modernização conservadora do mercado nacional de trabalho.

De acordo com Netto (2017 p. 197), a reatualização do conservadorismo na profissão evidenciou-se “[...] no interior da complexa dialética de ruptura e continuidade com o passado profissional, a ponderabilidade maior da herança profissional, sem prejuízo dos elementos renovadores que apresenta”.

Essa segunda vertente renovadora do Serviço Social, por estar inserida no interior de processos teóricos-ideológicos e sócio-históricos presenciados pela perspectiva modernizadora, enfrentou barreiras para recuperar e legitimar de imediato os traços conservadores da profissão (Netto, 2017).

Netto (2017) assevera que os núcleos conservadores da profissão teriam que enfrentar vertentes críticas-dialéticas do Serviço Social que se opuseram contra a perspectiva modernizadora e ao tradicionalismo. Sendo que deveriam redefinir o perfil profissional sob novas roupagens conservadoras:

A empresa restauradora possível, portanto, deveria travar um duplo combate: deter e reverter a erosão do ethos profissional tradicional e todas as suas implicações sociotécnicas e, ao mesmo tempo, configurar-se como uma alternativa capaz de neutralizar as novas influências que provinham dos quadros de referência próprios da inspiração marxista. Fazê-lo, porém, supunha inovar na operação mesma da restauração — supunha reatualizar o conservadorismo, embutindo-o numa “nova proposta”, “aberta” e “em construção” (Netto, 2017, p. 198).

De maneira sucinta, essa vertente renovadora do Serviço Social brasileiro não estabeleceu alterações expressivas no fazer profissional e permaneceu em seu núcleo práticas de caráter conservador, na qual “[...] o essencial das novas roupagens do conservadorismo [...] remete às suas reivindicações teórico-metodológicas” (Netto, 2017, p. 202). Portanto, a reatualização do conservadorismo

[...] é extremamente ponderável no plano da (auto)representação da profissão, no domínio do exercício prático-profissional suas possibilidades são restritas. Assim, no terreno da formulação, a “nova proposta” conservará por largo tempo um cariz emblemático: recolocou, procurando legitimá-lo, o tradicionalismo no debate contemporâneo; no terreno da prática institucional, porém, seu fôlego profissional-operativo será curto. A culpa, se existe, não é de seus formuladores: é da dinâmica mesma das relações sociais tomadas na sua teimosa objetividade (Netto, 2017, p. 234).

Segundo Netto (2017), a terceira e última vertente do processo de renovação do Serviço Social no Brasil (permanece até os dias atuais) é a intenção de ruptura, que emergiu nos espaços acadêmicos do país entre 1972 e 1975, e teve início de formulação na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais.

Nesse período, cria-se o conhecido Método Belo Horizonte⁷, elaborado por jovens profissionais que analisavam uma proposta para o Serviço Social brasileiro “[...] romper com o tradicionalismo no plano teórico-metodológico, no plano da concepção e da intervenção profissionais e no plano da formação”. Dado que nenhuma das outras duas vertentes renovadoras “[...] vinculou-se tão umbilicalmente à universidade como a da intenção de ruptura” (Netto, 2017, p. 247-248).

Conforme Netto (2017, p. 236), essa vertente renovadora tem por anseio romper totalmente com o Serviço Social tradicionalista e conservador. Pretende desconectar-se de processos teóricos, metodológicos e ideológicos positivistas, visto que a intenção de ruptura “[...] deveria construir-se sobre bases quase que inteiramente novas; esta era uma decorrência do seu projeto de romper substantivamente com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais”.

Além do mais, a vertente de intenção de ruptura tem caráter contrário às dimensões ideopolíticas da autocracia burguesa e a rebete no plano teórico-cultural, no plano profissional e no plano político. Ou seja, para Netto (2017)

O fato central é que a perspectiva da intenção de ruptura, em qualquer das suas formulações, possui sempre um ineliminável caráter de oposição em face da autocracia burguesa, e este tanto a distinguiu — enquanto vertente do processo de renovação do Serviço Social no Brasil — das outras correntes profissionais quanto respondeu pela referida trajetória (Netto, 2017, p. 235).

⁷ “[...] a elaboração do grupo de Belo Horizonte permanecerá como um marco — e, cremos nós, sua importância histórica tenderá a crescer. Com equívocos maiores ou menores, aquele trabalho configurou a primeira elaboração cuidadosa, no país, sob a autocracia burguesa, de uma proposta profissional alternativa ao tradicionalismo preocupada em atender a critérios teóricos, metodológicos e interventivos capazes de aportar ao Serviço Social uma fundamentação orgânica e sistemática, articulada a partir de uma angulação que pretendia expressar os interesses históricos das classes e camadas exploradas e subalternas. É absolutamente impossível abstrair a elaboração belo-horizontina da fundação do projeto da ruptura no Brasil” (Netto, 2017, p. 258).

Com base nesse panorama, vale destacar também que, no processo de intenção de ruptura do Serviço Social no Brasil, aconteceu o marcante Congresso da Virada, realizado em São Paulo em 1979, conhecido como III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (III CBAS), o qual trouxe para “[...] à cena política as tendências democráticas contidas e reprimidas no Serviço Social” (CFESS, 2009, p. 27).

O Congresso da Virada de 1979, visou inserir o Serviço Social no cenário político do país, no sentido de lutar a favor dos interesses gerais da classe trabalhadora que protestava por meio de movimentos sociais por melhores condições de vida, trabalho e pela redemocratização do país. Ou seja, a categoria presente no III CBAS continha um projeto profissional e direção sociopolítica comprometida com o proletariado (CFESS, 2009).

Sobre esse viés, o Congresso da Virada de 1979 implicou positivamente para que os profissionais se apropriassem de um pensamento crítico sobre a realidade social a partir da reformulação dos conteúdos da formação profissional na adoção de referenciais teórico-metodológicos marxistas (CFESS, 2009).

Desse modo, o III CBAS foi decisivo para transformar a dinâmica profissional do Serviço Social no Brasil, pois “[...] quebrou o monopólio conservador nas instâncias e fóruns da categoria profissional – e, em ambos os casos, as conseqüências foram muito além do marco estritamente político” (CFESS, 2009, p. 31).

Sobre a intenção de ruptura, Netto (2017, p. 234) salienta que a evolução sociopolítica do Brasil em 1980 influencia a referida vertente, que “[...] ganha repercussão para além dos muros da academia e começa a rebater com visibilidade nos foros e organismos da categoria profissional”, bem como ocorreu no III CBAS de 1979, conforme já mencionamos em parágrafos anteriores.

Portanto, é após a crise da autocracia burguesa e a reinserção da classe trabalhadora no panorama político do país que se desata um novo círculo democrático de resistência, o qual impulsiona para que a terceira vertente tenha sua atenção voltada às dinâmicas profissionais:

Seu insulamento deveu-se basicamente às constrações políticas postas pelo ciclo autocrático; a ultrapassagem destas constrações permitiu-lhe desbordar os limites a que se viu confinada. Cabe anotar, *en passant*, que o seu futuro está muito hipotecado ao alargamento e ao aprofundamento da democracia na sociedade e no Estado brasileiros — pelos seus enlacs teórico-culturais e pelos seus compromissos cívico-políticos, a perspectiva da intenção de ruptura depende, mais que as outras tendências operantes no Serviço Social, de um clima de liberdades democráticas para avançar no seu processamento (Netto, 2017, p. 235).

Além do mais, essa terceira vertente renovadora do Serviço Social no Brasil marcou o aprofundamento da base de profissionais críticos que buscavam novas alternativas de superação do Serviço Social tradicionalista (Netto, 2017).

Vale destacar que essa vertente renovadora do Serviço Social, no decorrer da crise autocrática burguesa, utilizou principalmente o pensamento de tradição marxista no campo teórico-metodológico da profissão, “[...] que, com a produção dos representantes desta perspectiva, pela primeira vez inscreve-se no universo simbólico dos assistentes sociais brasileiros de maneira significativa” (Netto, 2017, p. 252).

Para tanto, Netto (2017) ainda assevera que a intenção de ruptura do Serviço Social brasileiro se apropria dessas fontes marxistas para redimensionar politicamente os profissionais a partir de novas bases científicas que pudessem agregar na leitura da realidade social do país. Portanto, o processo de renovação do Serviço Social brasileiro [...] constituiu, em si mesma, a contribuição [...] dos assistentes sociais para abrir o caminho ao futuro — de sua profissão e da sociedade. (Netto, 2017, p. 286).

Ademais, ao tratar sobre dilemas atuais da profissão, a autora Yazbek (2009) menciona que nas décadas de 1980 e 1990, o capitalismo globalizado sofreu reorganizações em seu processo de acumulação. Esse fato impulsionou o avanço do neoliberalismo que rebateu diretamente nos sistemas de proteção social e redefiniu a intervenção do Estado em torno da questão social.

Segundo Yazbek (2009, p. 15), o ideário neoliberal ao reordenar as políticas sociais para atender a lógica do capitalismo contemporâneo, implicou em novas questões postas ao Serviço Social, “[...] quer do ponto de vista de sua intervenção, quer do ponto de vista da construção de seu corpo de conhecimentos”.

Desse modo, Yazbek (2009, p. 15) pontua que a profissão em Serviço Social se depara com desafios da sociedade capitalista contemporânea “[...] em relação às mudanças no mundo do trabalho e sobre os processos desestruturadores dos sistemas de proteção social e da política social em geral”.

Sendo assim, o Serviço Social a partir de 1990, encontra-se inserido num contexto contraditório e revestido por um cenário de transformações societárias que desafia o/a Assistente Social à “[...] compreender e intervir nas novas configurações e manifestações da ‘questão social’, que expressam a precarização do trabalho e a penalização dos trabalhadores na sociedade capitalista contemporânea” (Yazbek (2009, p. 16).

Enfim, após essa breve discussão sobre o processo de renovação do Serviço Social no Brasil, iniciaremos o capítulo a seguir na busca de entender aspectos que

se referem ao modo como a profissão tem se mantido até os dias atuais nos espaços sociocupacionais de trabalho. Nessa perspectiva, abordaremos questões que se referem à instrumentalidade profissional e aos instrumentos e técnicas que são adotados pelo Serviço Social, tal como sobre a atuação do/a Assistente Social na área da saúde e no atendimento a pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC).

3 A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC)

Este capítulo, baseado numa revisão bibliográfica e documental, apresenta a instrumentalidade do Serviço Social e como essa característica fundante da profissão é constituída por aspectos sócio-históricos que proporcionam as condições necessárias para identidade social do exercício profissional no cotidiano das relações sociais, bem como as dimensões teóricas, éticas e operacionais que compõem as ações interventivas e que definem os instrumentos diretos e indiretos da profissão.

Além disso, será explicitada a inserção do/a Assistente Social no âmbito da saúde e sua intervenção no que concerne às várias expressões da questão social presentes nas determinantes sociais da saúde, visto que também será versado sobre as características gerais da atuação profissional em clínicas de nefrologia que ofertam Terapia Renal Substitutiva (TRS) para pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC).

3.1 A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL

Ao discutir sobre a instrumentalidade do Serviço Social com base nas condições materiais de incorporação da profissão na estrutura capitalista consolidada, compreende-se que essa questão constitui tanto a natureza da profissão, como também articula as dimensões técnicas, instrumentais, políticas, educacionais e intelectuais da mediação profissional (Guerra, 1999).

Quando abordada essa temática da instrumentalidade no processo de trabalho do/a Assistente Social, a primeira ideia criada acerca dessa discussão é que a mesma se refere à utilização de instrumentos e técnicas pertinentes ao fazer profissional, “[...] através dos quais os assistentes sociais podem efetivamente objetivar suas finalidades em resultados profissionais propriamente ditos” (Guerra, 2000, p. 01).

No entanto, para Guerra (2000, p. 01), a questão da instrumentalidade do Serviço Social vai além da instrumentação técnica e abarca “[...] uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico”.

Desse modo, Guerra (2000, p. 01) cita que a instrumentalidade se refere a um estipulado modo de ser que é adquirido pela profissão no bojo das relações sociais,

“[...] no confronto entre as condições objetivas e subjetivas do exercício profissional”. Ou seja, é um atributo histórico e social que proporciona condições tangíveis à identidade social do/a profissional.

De acordo com Guerra (2000), a instrumentalidade é uma habilidade que o/a Assistente Social adquire ao alcançar e efetivar objetivos, visto que permite projetar sua intenção em respostas profissionais. É a partir desta instrumentalidade obtida por intermédio do exercício profissional e de todo acúmulo teórico-metodológico profissional que é possibilitada a modificação, a transformação e a alteração dos aspectos cotidianos das relações sociais e profissionais existentes. Desse modo, nas palavras de Guerra (1999, p. 198), a instrumentalidade,

[...] pela qual o Serviço Social consolida a sua natureza e explicita-se enquanto um ramo de especialização, ao mesmo tempo em que articula as dimensões instrumental, técnica, ético-política, pedagógica, intelectual da profissão, possibilita não apenas que as teorias macroestruturais sejam remetidas à análise dos fenômenos, processos e práticas sociais, mas, sobretudo, objetivar essa compreensão por meio de ações competentes técnica, intelectual e politicamente.

Portanto, Guerra (1999), ao debater sobre essa categoria constitutiva, salienta que a instrumentalidade é a capacidade criativa do/a Assistente Social de intervir na realidade social a partir da sua intencionalidade, das suas ações e dos seus objetivos profissionais a serem alcançados na realidade em constante modificação.

Nesse sentido, uma vez que a profissão vai se desenvolvendo no sistema capitalista, a mesma cria, manuseia e adapta as circunstâncias existentes para sua finalidade, “[...] transformando-as em meios/instrumentos para a objetivação das intencionalidades, suas ações são portadoras de instrumentalidade” (Guerra, 2000, p. 02).

Vale ressaltar que a instrumentalidade do Serviço Social perpassa pelo aspecto sócio-histórico da profissão a contar de sua gênese. Momento esse em que os setores hegemônicos do capitalismo monopolista, como burguesia, Estado e igreja, começam a intervir na chamada “questão social” por intermédio das políticas sociais, de modo sistemático e continuado (Guerra, 2000).

E dessa forma, cria-se um espaço de trabalho para o/a Assistente Social atender às necessidades sociais de duas classes antagônicas, a classe burguesa e a trabalhadora. Dado que “[...] a utilidade social da profissão está em responder às necessidades das classes sociais, que se transformam, por meio de muitas mediações, em demandas para a profissão” (Guerra, 2000, p. 06).

É ressaltado por Guerra (2000) que a configuração das políticas sociais tem implicado em espaços sociocupacionais que determinaram formas, assuntos e funcionalidades ao exercício profissional. Em vista disso, a natureza da profissão desenvolve ações próprias com base nas dimensões teóricas, éticas e operativas (instrumentais).

Guerra (2000, p. 10) enfatiza que muitas requisições profissionais são realizadas por intermédio de processos instrumentais que devem dar resolutividade às demandas das classes antagônicas. Porém, a intervenção profissional não pode restringir-se somente aos instrumentos, pois “[...] reduzir o fazer profissional à sua dimensão técnico-instrumental significa tornar o Serviço Social meio para o alcance de qualquer finalidade”.

Segundo Guerra (2000, p. 11), pelo fato de as demandas sociais serem determinadas por questões econômicas, culturais, políticas e ideológicas, é necessário que a profissão, a partir dos conhecimentos colhidos nas ciências sociais, intervenha de modo crítico na realidade social, com “[...] ações que estejam conectadas a projetos profissionais aos quais subjazem referenciais teórico-metodológicos e princípios ético-políticos”. Sendo assim, uma das condições da instrumentalidade é a de ser mediadora, na qual

[...] permite a passagem das ações meramente instrumentais para o exercício profissional crítico e competente. Como mediação, a instrumentalidade permite também o movimento contrário: que as referências teóricas, explicativas da lógica e da dinâmica da sociedade, possam ser remetidas à compreensão das particularidades do exercício profissional e das singularidades do cotidiano. Aqui, a instrumentalidade sendo uma particularidade e como tal, campo de mediação, é o espaço no qual a cultura profissional se movimenta. Da cultura profissional os assistentes sociais recolhem e na instrumentalidade constroem os indicativos teórico-práticos de intervenção imediata, o chamado instrumental técnico ou as ditas metodologias de ação (Guerra, 2000, p. 12).

Sendo assim, Guerra (2000, p. 13) acentua que a mediação é intrínseca à cultura profissional, pois utiliza do conjunto ideocultural proporcionado pela teoria marxista e ciências sociais e “constrói um certo modo de fazer que lhe é próprio e pelo qual a profissão torna-se reconhecida socialmente”.

Ademais, Guerra (2000) finaliza citando que o exercício profissional deve estar preparado para além do manuseio dos instrumentais ao atender as vontades do espaço sociocupacional de trabalho. E que a instrumentalidade da profissão necessita

habilitar os instrumentos e técnicas de acordo com o projeto profissional em defesa dos interesses da classe trabalhadora.

Sousa (2008, p. 124), ao analisar a instrumentalidade do Serviço Social, também ressalta sobre os objetivos profissionais definirem os instrumentais e técnicas a partir das dimensões teóricas, éticas e políticas da profissão. Isto é, o profissional não pode “[...] meramente aplicar técnicas ‘prontas’ – como se fossem ‘receitas de bolo’, o diferencial de um profissional é saber adaptar um determinado instrumento às necessidades que precisa responder no seu cotidiano”.

No entanto, Sousa (2008, p. 124) destaca que, se não fossem desenvolvidos novos instrumentos e técnicas, a profissão ficaria presa na condição de meros executores das políticas sociais. Portanto, “[...] pensar a instrumentalidade do Serviço Social é pensar para além da ‘especificidade’ da profissão: é pensar que são infinitas as possibilidades de intervenção profissional”.

Magalhães (2003, *apud* Sousa, 2008) ressalta que os instrumentais diretos, conhecidos como instrumentos com interação face a face, são aqueles que ultrapassam o uso da palavra, pois se expressam pelo olhar, linguagem e entonação no sentido de criar uma comunicação dinâmica com o usuário.

Portanto, alguns dos instrumentos diretos destacados por Sousa (2008) são a observação participante, dinâmica de grupo, reunião, mobilização de comunidades, visita domiciliar e visita institucional, bem como a entrevista individual e grupal que será detalhada resumidamente a seguir:

Sobre a entrevista individual e grupal, a mesma acontece pelo diálogo do/a Assistente Social (entrevistador) com o usuário (entrevistado) durante a entrevista individual e comunicação com mais de um usuário por meio da entrevista grupal (Sousa, 2008).

Ambos têm objetivos diferentes com a entrevista individual e grupal, porém, o/a profissional direcionado/a pela dimensão teórica e ética é quem conduz o diálogo enquanto abre espaço para o usuário ser ouvido e expressar-se. Nesse sentido, é necessário pontuar que ter uma relação estabelecida é essencial para que o usuário apresente sua realidade social ao profissional (Sousa, 2008).

Importante mencionar também o instrumental direto do atendimento social realizado pelo/a Assistente Social, que permite a aproximação e a utilização dos vários instrumentos diretos e indiretos da profissão, no sentido de produzir “[...] modificações na realidade dos usuários, seja através da viabilização aos serviços de saúde, assistência ou dos demais direitos de cidadania” (Dias; Camatari, 2016, p. 186).

Segundo Dias e Camatari (2016), o atendimento social, como instrumental técnico direto do/a profissional, é um espaço composto por estrutura física adequada para a criação de ações que buscam compreender o contexto social, acolher o indivíduo e identificar possíveis aspectos interventivos da profissão.

Os atendimentos do/a profissional são efetuados com usuários e famílias, tendo por finalidade “[...] viabilizar o acesso aos direitos políticos, civis e sociais nas diferentes políticas setoriais, como: assistência social, saúde, previdência, habitação, bem como na prevenção de situações de risco” (Dias; Camatari, 2016, p. 186).

Adiante, Sousa (2008) pondera sobre os instrumentais indiretos, conhecidos como instrumentos por escrito, que inclusive são aplicados após o uso do instrumental direto. Assim sendo, o instrumento indireto é aquele que registra por escrito o trabalho efetuado diretamente com o usuário.

Dessa forma, Sousa (2008, p. 129) ressalta que o instrumento de trabalho indireto é fundamental, pois diz respeito ao momento no qual o/a Assistente Social sistematiza sua prática profissional através de uma escrita acessível e consistente. Possibilitando que outros/as profissionais possam ter “[...] acesso ao trabalho que foi desenvolvido pelo Assistente Social”.

Por conseguinte, Sousa (2008) apresenta alguns instrumentos indiretos de trabalho do/a Assistente Social, sendo as atas de reunião, livros de registro, diário de campo, parecer social e o relatório social destacado abaixo:

O relatório social, discutido por Sousa (2008, p. 130), é um instrumento de sistematização das informações e dados coletados do usuário através da intervenção profissional realizada pelos instrumentos diretos. Os relatórios sociais são variados e dependem das atividades que a contemplam, podendo ser produzidos relatórios internos e relatórios externos, posto que “[...] os dados relatados são de natureza social, isto é, as informações que dizem respeito a essas características”.

De acordo com CFESS (2022, p. 152), outro instrumental técnico indireto que constitui o exercício profissional do/a Assistente Social, é o encaminhamento social. Esse instrumento técnico tem por objetivo encaminhar os usuários e famílias para outras instituições “[...] que possibilitem o acesso a várias políticas públicas e benefícios sociais existentes”.

Segundo CFESS (2022, p. 152-153), o encaminhamento feito pelo/a Assistente Social, descreve dados sobre o usuário e “[...] transborda os limites estreitos do direcionamento da demanda, que não integra o rol de serviços ofertados pela instituição em que o/a profissional atua, para outro serviço que o faça”.

Sendo assim, para objetivar o encaminhamento, o/a profissional deve primeiramente conhecer a realidade do usuário, bem como compreender as necessidades sociais, econômicas e culturais a serem atendidas, para que o mesmo possa acessar os serviços, programas, projetos e benefícios sociais no sentido de superar suas vulnerabilidades apresentadas (CFESS, 2022).

Por fim, para finalizar o debate acerca da instrumentalidade do Serviço Social, compreendemos que a maneira como as relações sociais se manifestam na sociedade capitalista vem ocasionando a necessidade pela profissão, que historicamente vem desenvolvendo competência teórica, metodológica, técnica, política, educativa e ética para manter-se. E a partir desse entendimento, iniciaremos o próximo item que versa sobre o/a Assistente Social na saúde, bem como seu atendimento profissional a pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC).

3.2 O/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E SUA ATUAÇÃO JUNTO A PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC)

Em meados de 1990, novas requisições são postas ao Serviço Social, por influência de dois projetos políticos em disputa no âmbito da saúde, o projeto da reforma sanitária⁸ e o projeto neoliberal (CFESS, 2010).

O projeto da reforma sanitária e o projeto profissional do/a Assistente Social, visam à garantia dos direitos sociais da sociedade brasileira. Enquanto o projeto neoliberal, era contrário a esse pressuposto e seguia “[...] a lógica econômica, orçamentária e, sobretudo, mercantilista” (Santos, 2007, p. 06).

Netto (2006, *apud* Sarreta, 2008) ressalta que o projeto ético-político do/a Assistente Social, é democrático e compromissado com os interesses da classe trabalhadora do Brasil. Sendo assim, antagônico ao projeto neoliberal que restringe direitos sociais, sucateia serviços públicos, privatiza o Estado e reduz políticas sociais:

As proposições enunciadas no projeto ético-político do Serviço Social, materializadas no Código de Ética de 1993, convergem e refletem o movimento da Reforma Sanitária brasileira visando efetivar a universalidade do acesso à saúde, por meio de políticas públicas efetivas. Sua implementação destina-se a amenizar as diferenças e injustiças instaladas na sociedade e considerar mecanismos que permitam ampliar as possibilidades de acesso aos bens e serviços produzidos. São enunciados

⁸ “[...] a Reforma Sanitária tinha como suporte um movimento que envolveu um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, conhecido como movimento pela democratização da saúde, [...] enquanto reforma social concebida e desencadeada em um momento de crise de hegemonia, defendia a democratização do Estado e da sociedade” (Paim, 2009, p. 31).

de princípios e diretrizes para a construção de relações com base na liberdade, na supressão da alienação, das formas de exploração e dominação, para a participação ativa dos sujeitos sociais visando ao desenvolvimento da autonomia, na perspectiva da emancipação dos sujeitos, de ruptura com as práticas autoritárias, centralizadoras e assistencialistas (Sarreta, 2008, p. 39).

Nessa esteira, vale pontuar que a inserção do/a Assistente Social na saúde ocorre em detrimento de vários motivos, principalmente pelo fato de intervir rotineiramente nas múltiplas expressões da questão social manifestadas pelas determinações sociais da saúde, postas na Lei Orgânica da Saúde (LOS) Nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições operacionais e organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destaca-se que o SUS, regulamentado pela LOS Nº 8.080/1990, indica no artigo 3º, determinantes sociais da saúde sendo “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Brasil, 1990, on-line).

Importante destacar que os/as Assistentes Sociais são caracterizados/as como profissionais da saúde pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 218/1997 e Resolução do CFESS Nº 383/1999, cujo aponta que:

[...] atribui-se ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde. [...] em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país (CFESS, 1999, p. 01).

Sobre esse viés, é necessário discutir também a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) como um marco legal conquistado pela cidadania brasileira. Sua implementação ocorre a partir das pressões da organização da sociedade civil em meados da década de 1970 e na década de 1980. Posto que representantes do projeto da reforma sanitária participaram do processo de redemocratização do país e apontaram propostas para formulação da Constituição Federal de 1988 (Sarreta, 2008).

Desse modo, o SUS nasce das lutas sociais em defesa e garantia dos direitos coletivos e individuais após ser determinado como partícipe do tripé da Seguridade

Social, que consiste em direitos de acesso à previdência social, e a universalidade da saúde e da assistência social (Sarreta, 2008).

Portanto, o SUS é estabelecido como política pública universal e compreendido como processo de reforma social, o qual é respaldado por princípios e diretrizes pautadas na “[...] descentralização, integralidade, participação da comunidade, equidade, igualdade de preservação da autonomia” (Sarreta, 2008, p. 40).

Segundo Sarreta (2008, p. 40), a formulação do SUS trata sobre o dever do Estado, da sociedade e de suas instituições no compromisso de reconhecimento da saúde⁹ como direito de todos da cidadania brasileira, bem como “[...] um recurso para o desenvolvimento social, econômico, político e cultural do país”.

Contudo, Sarreta (2008) destaca o quão necessário é refletir sobre o SUS como política pública que emergiu num contexto adverso do capitalismo no final de 1980 e início de 1990, pois surge em um período de fortalecimento do ideário neoliberal que restringiu o papel do Estado e da justiça social.

Para Sarreta (2008), o neoliberalismo tinha por objetivo priorizar o mercado financeiro que concentrava a riqueza propriamente produzida pela classe trabalhadora. Sendo o efeito desse ideário neoliberal, o aumento das desigualdades sociais e o agravamento das condições de vida da população brasileira.

Sarreta (2008) pontua que há um desmantelamento da Constituição Federal de 1988 e mesmo com a ampla luta da sociedade brasileira em defesa dos direitos cívicos, políticos e sociais, atualmente enfrenta a contrarreforma do Estado por influência da perspectiva neoliberal que impacta no reconhecimento da saúde como universal, além da predominância curativa focada em doenças e especialidades.

Com base nisso, Sarreta (2008) aponta que pensar na produção/reprodução das políticas sociais é um grande desafio a ser enfrentado pelo/a Assistente Social, que necessita atuar na busca de procedimentos para reforçar o direito à saúde como universal. À vista disso, a autora assevera que:

O compromisso crítico com a contínua reformulação dessa política pública de Estado, que é o SUS, pode levar o assistente social a pensar a maneira que trabalha com os direitos sociais, visando transformar a sociedade de assistidos em uma sociedade emancipatória, que reduz as desigualdades pela via da inclusão, de empregos, de renda digna, que transforma as

⁹ A Constituição Federal de 1988, salienta no artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, on-line).

condições de vida e a própria condição dos sujeitos sociais (Sarreta, 2008, p. 40-41).

Sobre esse viés, o/a Assistente Social, como profissional da saúde e reprodutor da vida social, deve se comprometer criticamente com a política pública do SUS. Visto que a saúde é decorrente das condições gerais de vida e trabalho das classes sociais, as quais podem ser reconhecidas pelos aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais que determinam o processo saúde-doença da população (Sarreta, 2008).

Para tanto, Sarreta (2008, p. 41) sublinha que “[...] as expressões da questão social na área da saúde revelam-se assim, nas desigualdades sociais, e conseqüentemente, incidem nos grupos sociais com menor renda”. Esse fato reforça a participação da profissão ao formular e desenvolver estratégias de intervenção no campo da saúde, bem como mediar as necessidades sociais apresentadas e ampliar os direitos sociais, e principalmente, o direito à vida da população.

Sarreta (2008) afirma que o reconhecimento do Serviço Social como profissão no campo da saúde contribui para criar e implementar políticas e programas que tenham mecanismos, procedimentos e ações de acesso à saúde, às instituições e aos bens e serviços do país.

Além disso, o/a Assistente Social atua numa perspectiva interdisciplinar de atenção integral, com ações intersetoriais para aproximação do cotidiano populacional no sentido de conhecer a realidade de cada local e região de vivência. Afinal, a articulação “[...] possibilita a compreensão da saúde pela sociedade como direito e questão de cidadania, e fortalece o paradigma que considera a saúde um elemento central da organização e desenvolvimento social, econômico e político do país” (Sarreta, 2008, p. 42).

De acordo com o CFESS (2010), o Serviço Social deve realizar articulações com outros profissionais e instituições que defendam o Sistema Único de Saúde (SUS), para formular estratégias que possam criar e reforçar os serviços de saúde, com vistas a efetivar o direito social dessa política pública.

Vale frisar que o Código de Ética (1993) do/a Assistente Social fornece ferramentas essenciais para o/a profissional da saúde “[...] em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social” (CFESS, 2010, p. 30).

Conforme CFESS (2010), é necessário que o Serviço Social realize ações competentes e críticas no campo da saúde, sendo algumas delas:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária (CFESS, 2010, p. 30).

Diante desse aspecto, o perfil profissional do/a Assistente Social, ao atuar na saúde (seja na esfera pública ou privada) e nas várias políticas públicas sociais, necessita distanciar-se de atitudes “[...] tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente” (CFESS, 2010, p. 34).

Para isso, o/a Assistente Social é respaldado por direitos e deveres do Código de Ética Profissional de 1993, bem como por atribuições e competências gerais postas na Lei Nº 8.662/1993 de Regulamentação da profissão, que então norteiam e orientam os/as profissionais de Serviço Social e as instituições que o/a empregam. Dado que tais “[...] instrumentos legais são fundamentais para a delimitação das atribuições e competências dos assistentes sociais na saúde” (CFESS, 2010, p. 38).

Segundo CFESS (2010, p. 40), a determinação social da saúde está apoiada na produção e reprodução social do trabalho. O que evidencia a importância em buscar a compreensão do contexto histórico e as condições sociais que rebatem no processo saúde-doença do trabalhador, sendo fundamental para que o/a profissional atue no atendimento dos mesmos, “[...] seja individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo muitas vezes, equipe multiprofissional”.

Portanto, CFESS (2010) vai apontar quatro eixos importantes de atuação do/a Assistente Social na saúde, que se articulam entre si, sendo eles: atendimento direto aos usuários, com ações socioassistenciais, de articulação interdisciplinar e socioeducativas; mobilização, participação e controle social, composto por ações conjuntas da sociedade e civil em espaços democráticos de luta social; investigação, planejamento e gestão, constituído por ações que fortaleçam a gestão em favor dos

usuários e equipes da saúde; E por fim, assessoria, qualificação e formação profissional, com ações de desenvolvimento educacional dos trabalhadores da saúde.

Após o CFESS (2010) discorrer sobre esses eixos de atuação do Serviço Social na saúde, é ressaltado que as ações do/a Assistente Social são norteadas pelas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que vão fortalecer o projeto profissional em defesa dos interesses da população. Assim sendo, a autora Sarreta (2008, p. 45) cita que:

A ação crítica e reflexiva do assistente social sobre o cotidiano ajuda a produzir novas possibilidades, a explicitar interesses divergentes e apontar projetos alternativos. A busca constante de respostas para problemas que impedem a saúde e a qualidade de vida fundamenta-se na capacidade de considerar que a realidade pode ser (re)construída e transformada, num constante compromisso com a vida humana, onde o trabalho profissional é uma fonte para gerar impactos positivos no nosso cotidiano.

Ao debater de modo geral sobre o/a Assistente Social na área da saúde, é necessário pontuar que o mesmo atuará em vários espaços sociocupacionais da política de saúde. Sendo um desses espaços de trabalho do/a profissional, as clínicas nefrológicas de alta complexidade que ofertam Terapia Renal Substitutiva (TRS) para pessoas diagnosticadas com Insuficiência Renal Crônica (IRC) (Albiero; Silva, 2019).

Levando em conta a gravidade social da IRC na população brasileira e o acesso à TRS no país, é criada a Portaria Nº 1.186/2004 que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, “[...] a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão” (Brasil, 2004, on-line).

Albiero e Silva (2019) frisam que a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal organiza a atenção às pessoas com IRC em três níveis de complexidade e em serviços regionalizados de saúde. Visto que a Portaria Nº 1.186/2004 institui, no artigo 3, sobre a

III - alta complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. A assistência na alta complexidade se dará por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (Brasil, 2004, on-line).

De acordo com Albiero e Silva (2019), a IRC trata-se de uma doença que resulta na perda total das funções dos rins e exige acompanhamento de longo prazo, que se insere na alta complexidade da política de saúde. Frente a essa realidade, as pessoas com IRC devem dar início à TRS ofertada por clínicas especializadas no tratamento, que é dividido em três modalidades, sendo elas: a Hemodiálise¹⁰, a Diálise Peritoneal¹¹ e o Transplante Renal¹².

Segundo Vasconcellos *et al.* (2022), ao discutir sobre o processo de adoecimento daqueles que perdem as funções renais, é necessário compreender os rebatimentos que se dão no que se refere à qualidade de vida da pessoa com IRC, pois o cotidiano sofre mudanças conforme a relação saúde-doença que não se caracteriza somente por fatores biológicos, mas também por condições da vida em sociedade. Nesse sentido, podem haver alterações nos aspectos psicológicos, sociais, econômicos e culturais daqueles que são acometidos pela IRC.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2023), ao coletar dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) referente ao ano de 2022, a quantidade de pessoas com Insuficiência Renal Crônica em estado avançado é crescente, contabilizando mais de 140 mil pessoas em TRS no país (Brasil, 2023, online).

Albiero e Silva (2019) ressaltam que os impactos da IRC podem ser amenizados com a Terapia Renal Substitutiva. No entanto, a pessoa tende a ter transformações em seu cotidiano, como a privação de atividades laborais que exijam grande utilização da força de trabalho, pelo fato dessas exigências laborais ocasionarem riscos à vida do/a mesmo/a.

¹⁰ “Hemodiálise é um procedimento através do qual uma máquina limpa e filtra o sangue, ou seja, faz parte do trabalho que o rim doente não pode fazer. O procedimento libera o corpo dos resíduos prejudiciais à saúde, como o excesso de sal e de líquidos. Também controla a pressão arterial e ajuda o corpo a manter o equilíbrio de substâncias como sódio, potássio, ureia e creatinina. As sessões de hemodiálise são realizadas geralmente em clínicas especializadas ou hospitais” (Machado; Pinhati, 2014, p. 142, *apud* Albiero; Silva, 2019, p. 221).

¹¹ “Diálise Peritoneal é uma opção de tratamento através do qual o processo ocorre dentro do corpo do paciente, com auxílio de um filtro natural como substituto da função renal. Esse filtro é denominado peritônio. É uma membrana porosa e semipermeável, que reveste os principais órgãos abdominais. O espaço entre esses órgãos é a cavidade peritoneal. Um líquido de diálise é colocado na cavidade e drenado, através de um cateter (tubo flexível biocompatível)” (Machado; Pinhati, 2014, p. 142, *apud* Albiero; Silva, 2019, p. 221).

¹² “No Transplante Renal, um rim saudável de uma pessoa viva ou falecida é doado a um paciente portador DRC através de uma cirurgia. O transplante renal é analisado como, uma das mais concretas alternativas de substituição da função renal. Sendo uns dos métodos que traz a melhor qualidade de vida, pois o transplante renal garante mais liberdade no dia a dia do paciente” (Machado; Pinhati, 2014, p. 142, *apud* Albiero; Silva, 2019, p. 221).

Vasconcellos *et al.* (2022) enfatizam o momento no qual o indivíduo dá início à TRS e a necessidade de frequentar o tratamento de Hemodiálise, que ocorre em dias específicos da semana. Essas mudanças rebatem na realidade social e financeira da pessoa com IRC e na família:

Compreende-se que nesse novo momento surgem desafios, como a perda de parte da autonomia, surgimento de doenças como depressão e ansiedade, redução das atividades de lazer e convívio social, bem como dificuldades de ordem financeira. O doente renal crônico deve ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar, afim de que tenha atenção integral à saúde, buscando garantir uma assistência para além da prática curativa, considerando os sujeitos dentro de um contexto familiar, social e cultural. A equipe que compõe esse serviço deve estar atenta a esses fatores, afim de garantir a segurança e qualidade de vida destes pacientes (Vasconcellos, *et al.*, 2022, p. 09).

E é a partir desse ponto que o exercício profissional do/a Assistente Social necessita intervir nos aspectos que impactam as condições de vida das pessoas em tratamento renal. Posto que a profissão faz parte da equipe multidisciplinar dos equipamentos de TRS, composta por Médicos/as Nefrologistas, Enfermeiros/as, Psicólogo/a e Nutricionista, os quais estão previstos na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 154/2004 que “estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise”.

Assim sendo, as autoras Ruszczak e Santos (2021, p. 27) pontuam que o/a Assistente Social deve ter uma visão calcada na totalidade social da pessoa com IRC, e propor, a partir da sua instrumentalidade profissional, “[...] estratégias para o enfrentamento das expressões da questão social, vivenciadas nessa nova realidade”. E nessa perspectiva, Albiero e Silva (2019) destacam que

Com o conhecimento desta realidade, o assistente social busca em sua atuação conhecer as características e dificuldades que os portadores de doença renal crônica estejam vivenciando e intervir na perspectiva de conhecer o contexto social que cerca esses usuários/pacientes prestando serviços socioassistenciais, conforme as necessidades da doença, de acordo com cada portador desenvolvendo pesquisas em temas específicos relacionados ao processo saúde/doença dos portadores de doença renal crônica (Albiero; Silva, 2019, p. 229).

Conforme Albiero e Silva (2019, p. 229), a intervenção profissional do/a Assistente Social é importante para melhorar as condições de vida do portador da IRC, pois as mudanças no cotidiano e condições impostas pelo tratamento “[...]”

envolvem procedimentos relacionados a fatores sociais, que não são realizados por nenhum outro profissional de saúde, e sim pelo assistente social”.

Destaca-se que o/a Assistente Social além de participar dos resultados do tratamento para melhoria da qualidade de vida da pessoa com IRC, vai atuar “[...] não se baseando na aparência e no imediatismo, ele tem uma visão de totalidade, assim podendo aprofundar e entender a realidade do usuário, que está além do processo de saúde e doença” (Albiero; Silva, 2019, p. 230).

Nessa esteira, cabe a este profissional o desenvolvimento de ações socioeducativas e de combate às vulnerabilidades sociais que podem se manifestar na vida dessas pessoas em TRS. Visto que esse fator pode influenciar no avanço da IRC, caso a pessoa sofra com limitações de “[...] recursos materiais e sociais, terá dificuldades para investigar e tratar a doença, seja por falta de acesso, informação, precarização e flexibilização do trabalho — até mesmo pelo rompimento de vínculos familiares” (Ruszczak; Santos, 2021, p. 31).

Vasconcellos *et al.* (2022) realçam que o/a Assistente Social irá fazer a mediação entre a instituição de tratamento dialítico, a equipe multidisciplinar e a família da pessoa com IRC. Sendo que todos esses envolvidos são parte fundamental do processo de tratamento desse/a indivíduo/a.

Ademais, Vasconcellos *et al.* (2022, p. 07) esclarecem que é a partir da identificação das demandas individuais e coletivas que o/a profissional realiza o acolhimento e democratiza informações, bem como articula com outras políticas públicas sociais, como, por exemplo, com os equipamentos da “[...] rede socioassistencial, de saúde, previdenciária, habitacional, judiciária, dentre outras políticas intersetoriais”.

Vale frisar que a Lei de Regulamentação da profissão Nº 8.662/1993, no artigo 4º, salienta que dentre as várias competências do/a Assistente Social, uma delas é “V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos”.

Portanto, Albiero e Silva (2019) citam que o/a Assistente Social ao mediar as determinações sociais que impactam no quadro clínico desse segmento populacional, deve usar seus conhecimentos para esclarecer, prestar orientações, realizar encaminhamentos e dar respostas às demandas com vistas a garantir o acesso a rede de serviços e aos direitos sociais muitas vezes desconhecidos pela pessoa com IRC.

No que tange à socialização de informações mediada pelo/a Assistente Social para o acesso aos direitos sociais que amparam as pessoas com IRC, destacam as

orientações sob os benefícios previdenciários, benefícios assistenciais, encaminhamentos à rede socioassistencial e de saúde, como também esclarecimentos sobre os “[...] direitos como transporte, isenção do imposto de renda, passe livre, cesta básica, medicamentos de alto custo, aquisição de automóveis, isenção de IPVA, IPTU, entre outros” (Silva; Freire, 2022, p. 06).

Nesse sentido, o/a profissional de Serviço Social é fundamental para viabilizar direitos sociais, pois vai atuar em ações de enfrentamento às várias expressões da questão social que se manifestam no âmbito da saúde, assim como vai identificar demandas de natureza social que rebatem na realidade e na qualidade de vida da pessoa com IRC (Albiero; Silva, 2019).

Em suma, a atuação do/a Assistente Social na área da saúde e mais especificamente em clínicas de nefrologia, é um trabalho que busca reduzir as vulnerabilidades sociais vivenciadas pelas pessoas com IRC. Desse modo, o/a profissional demonstra-se importante para intervir em aspectos sociais que contornam o cotidiano dessas pessoas diagnosticadas com IRC, pois vai efetuar atividades que atendam suas especificidades no sentido de contribuir no tratamento e nas condições de vida dos/as mesmos/as.

4 CONCLUSÃO

De acordo com a problematização do objeto pesquisado, por intermédio da revisão bibliográfica e documental, identificamos que o objetivo geral de compreender o exercício profissional do/a Assistente Social no que tange o atendimento a pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC) no Brasil, foi alcançado.

No primeiro momento, a pesquisa explicitou que a gênese e desenvolvimento do Serviço Social são resultantes das relações sociais existentes na sociedade capitalista dos monopólios (século XX) que reproduzem o antagonismo das classes sociais, ou seja, entre classe burguesa e trabalhadora. Essa relação social, que se estrutura na produção e reprodução do modo de vida e trabalho posto pelo processo capitalista, gerou exploração e aumentou as expressões da questão social que demandaram a intervenção de um/a profissional qualificado/a, o/a Assistente Social.

O Estado burguês na era dos monopólios, após pressão por parte dos trabalhadores, passou a administrar as expressões da questão social com vistas a controlar a classe trabalhadora. Isso repercutiu na origem do Serviço Social como profissão que atua nas políticas sociais e que visava preservar a força de trabalho explorada da classe trabalhadora. Destaca-se que o/a profissional é inserido no mercado de trabalho e a partir de seu assalariamento seu fazer profissional ganha um significado social na dinâmica das relações sociais.

Vale mencionar que a igreja foi decisiva na origem do Serviço Social no Brasil, pois é pelo movimento católico leigo da igreja na década de 1930 que as primeiras escolas de Serviço Social assentadas na doutrina social cristã e baseadas na teoria positivista foram criadas no país. Desse modo, o Estado fortaleceu alianças com a igreja e, a partir de então, o Serviço Social manifestou-se no Brasil, visto que os/as profissionais com formação técnica especializada passaram a ser inscritos/as na divisão social e técnica do trabalho.

Nesse período, o Serviço Social tinha ações assistencialistas e filantrópicas, além de que seu método de intervenção na sociedade buscava culpabilizar e reajustar os sujeitos. Todavia, a profissão, por influência do Serviço Social norte-americano (1940 a 1960), se desenvolveu e instaurou as metodologias de caso, grupo e comunidade que pretendiam disciplinar os sujeitos. Até que ocorreu a expansão do desenvolvimento de comunidade do Serviço Social e a profissão transitou do apostolado baseado na caridade para o agente de transformação social.

O desenvolvimento de comunidade, após as mudanças conjunturais da sociedade capitalista brasileira (1960 a 1970), não foi capaz de responder aos anseios do Serviço Social e isso corroborou em reflexões/discussões entre estudantes, professores e profissionais no âmbito universitário e das ciências sociais. Fato esse que modificou a realidade e as bases da profissão, repercutindo no processo de renovação do Serviço Social no Brasil.

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil eclodiu durante a ditadura cívico-militar burguesa (1964 a 1985), período de grande repressão social e lutas democráticas no aparato político do Estado. Ademais, novas demandas a serem respondidas foram exigidas ao profissional, circunstância essa que implicou em questionamentos internos, pois a nova conjuntura social brasileira reforçou atitudes que validavam características tradicionalistas para a profissão.

A ditadura burguesa, ao reorganizar a administração do Estado e burocratizar as políticas sociais, modificou a situação do Serviço Social na sua formação e exercício profissional. Dessa forma, a expansão do mercado nacional de trabalho demandou que a profissão tivesse uma postura moderna nos espaços sociocupacionais de trabalho para atender problemas sociais gerados pelo capitalismo.

Cabe ressaltar que as mudanças ocasionadas pela autocracia burguesa na ditadura militar inseriram a formação profissional dos/as Assistentes Sociais nas universidades, que passou a interagir com as disciplinas das ciências sociais. Tal interação despertou o pensamento crítico da profissão, que ultrapassou as vontades do regime militar burguês.

E é por esse contexto social, político e econômico que se desenvolveu o processo de renovação do Serviço Social no Brasil, que teve três ciclos históricos importantes: a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

De modo geral, pontuamos que o processo de renovação do Serviço Social não aconteceu naturalmente, mas sim pelo momento conjuntural da autocracia burguesa, sendo que as três vertentes não romperam linearmente e integralmente com os traços conservadores do Serviço Social tradicional por inteiro. Porém, a renovação profissional tratou de legitimar sua prática através de bases teórico-metodológicas marxistas que fossem capazes de responder demandas sociais e de analisar seu próprio agir profissional.

Sobre o processo de renovação do Serviço Social brasileiro, é necessário acentuar que, entre as duas vertentes renovadoras (perspectiva modernizadora e reatualização do conservadorismo), a intenção de ruptura (1972) foi e é a mais presente no âmbito das universidades. Sendo que a mesma ainda ocorre nos dias atuais e busca romper com o Serviço Social tradicional/conservador e desvincular-se de processos teóricos, metodológicos e ideológicos positivistas.

A intenção de ruptura do Serviço Social brasileiro, além de se fazer presente na área acadêmica, rebate na categoria profissional como um todo. Visto que essa vertente se apropria de fontes marxistas para o/a Assistente Social realizar a leitura da realidade social do país. Desse modo, vê-se que o processo de renovação do Serviço Social contribuiu para que a profissão avançasse criticamente na sociedade do capital.

No segundo momento desta pesquisa, identificamos que o Serviço Social é revestido por uma instrumentalidade que estabelece a natureza social da profissão e que articula as dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas da intervenção profissional do/a Assistente Social.

Podemos destacar que a instrumentalidade presente no trabalho do/a Assistente Social é diferente do que se refere aos instrumentos e técnicas da ação profissional. Isto é, enquanto a instrumentalidade do Serviço Social significa as capacidades propositivas que foram constituídas durante o processo sócio-histórico da profissão, os instrumentos e técnicas são as ferramentas das quais a profissão utiliza para atingir seus objetivos e gerar resultados na realidade social.

Compreendemos que a instrumentalidade é o modo de ser da profissão que foi adquirida na dinâmica das relações sociais capitalistas, ou seja, é o acúmulo histórico e social que criou as condições da identidade social do/a Assistente Social. A instrumentalidade profissional possibilita modificar, transformar e alterar o cotidiano das relações sociais e profissionais presentes na sociedade a partir de sua esfera técnica, instrumental, política, ética, educacional e intelectual.

O/a Assistente Social com a instrumentalidade, adquire uma capacidade criativa para mediar a realidade social de acordo com sua intencionalidade, ações e objetivos profissionais a serem alcançados. Desta forma, a profissão, ao se desenvolver na sociedade capitalista, começou a criar, manusear e adaptar os instrumentos e os meios conforme as condições existentes e sua finalidade.

Vale mencionar que o/a Assistente Social não pode se restringir aos instrumentais e às técnicas, porém é uma ferramenta importante que serve para

auxiliar na resolutividade das demandas sociais. Visto que os objetivos profissionais definem os instrumentos e técnicas conforme o projeto ético-político da profissão em defesa dos interesses da classe trabalhadora.

No que se refere ao Assistente Social no âmbito da saúde, notamos que a profissão, na década de 1990, passou por novas requisições na área da saúde sob influência do projeto da reforma sanitária e do projeto neoliberal. Posto que o projeto ético-político do/a Assistente Social presente no Código de Ética de 1993, vinculou-se aos princípios da reforma sanitária pelo fato de lutar a favor dos direitos sociais da sociedade brasileira.

Pontuou-se que o/a Assistente Social é reconhecido/a como profissional da saúde pela Resolução do CNS Nº 218/1997 e Resolução do CFESS Nº 383/1999. Visto que a profissão atua nas expressões da questão social que se manifestam nas determinantes sociais da saúde descritas na LOS Nº 8.080/1990.

Discutimos a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, pois o mesmo é um marco legal conquistado pelo povo brasileiro e representantes do projeto da reforma sanitária que lutaram e pressionaram (1970 a 1980) o Estado para que fossem implantadas mudanças e propostas na formulação da Constituição Federal de 1988. O SUS estabeleceu-se como política pública universal e participa do tripé da Seguridade Social junto à previdência social e à assistência social.

Como já mencionado anteriormente nesta pesquisa, o SUS surgiu num contexto adverso do capitalismo (1980 a 1990) pela presença do ideário neoliberal que sucateou políticas sociais, restringiu o papel do Estado e da justiça social e desmantelou a Constituição Federal de 1988. O neoliberalismo rebate no reconhecimento da saúde como universal, bem como aumenta as desigualdades sociais e agrava as condições de vida da sociedade brasileira, em especial da classe trabalhadora.

O/a Assistente Social reconhecido como profissional da saúde e reprodutor da vida social, tende a atuar reforçando o direito à saúde como universal e com a política pública do SUS, pois a saúde é resultante das condições gerais de vida e trabalho das classes sociais, composta por fatores econômicos, sociais, políticos e culturais que podem determinar o processo saúde-doença da população.

A participação deste/a profissional no âmbito da saúde formula e desenvolve estratégias de intervenção, media as necessidades sociais para que sejam ampliados os direitos sociais da sociedade brasileira, como também atua numa perspectiva

intersetorial e interdisciplinar com outros/as profissionais e instituições em defesa do SUS.

Apontamos que o/a Assistente Social tem ferramentas legais que são essenciais para o fazer profissional na saúde, como o Código de Ética de 1993 e a Lei Nº 8.662/1993 de Regulamentação da profissão, que vão nortear e orientar a profissão e as instituições de saúde empregadoras.

Devido às determinantes sociais da saúde estarem apoiadas na produção e reprodução do mundo do trabalho, a profissão necessita realizar ações competentes e críticas, atuando na busca de compreender o contexto histórico e social que implica no processo saúde-doença da população. E neste sentido, frisamos que os eixos de atuação profissional na saúde são: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Frente a estes apontamentos sobre o/a Assistente Social no âmbito da saúde, pontuamos que a profissão atua em diversos espaços sociocupacionais nesta área, inclusive em clínicas de nefrologia de alta complexidade que ofertam TRS para pessoas com IRC.

Observou-se que, pela gravidade da IRC e o acesso a TRS da população brasileira, é criada a Portaria Nº 1.186/2004 que trata sobre a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a qual organiza o atendimento a pessoas com IRC conforme os três níveis de complexidade e serviços regionalizados de saúde, sendo que as clínicas nefrológicas de TRS são de alta complexidade.

Destacamos que a pessoa diagnosticada com IRC perde as funções renais e necessita iniciar a TRS ofertada por clínicas de nefrologia, cujo tratamento é dividido em três modalidades: Hemodiálise; Diálise Peritoneal; e Transplante Renal.

A IRC modifica o cotidiano e a qualidade de vida da pessoa, visto que o processo saúde-doença envolve fatores biológicos, mas também fatores presentes nas condições de vida em sociedade e que alteram os aspectos sociais, econômicos, psicológicos e culturais das pessoas com IRC.

Os impactos da IRC são amenizados com a TRS realizada em clínicas de nefrologia. E pelo adoecimento rebater na realidade social da pessoa com IRC como um todo, o/a Assistente Social compõe a equipe multidisciplinar dessas instituições de tratamento previsto na RDC Nº 154/2004 que regulamenta os serviços de diálise.

Notamos que o/a Assistente Social vai atuar no atendimento a pessoas com IRC a partir de uma visão totalitária da realidade social, tendo em vista que vai utilizar

a sua instrumentalidade profissional para enfrentar as expressões da questão social que podem se manifestar no novo contexto social dessa pessoa com IRC. Sendo assim, a intervenção profissional se faz necessária, pois busca melhorar as condições de vida da pessoa com IRC.

Ao que se refere às mudanças no cotidiano imposto pela IRC e tratamento renal envolverem aspectos sociais, o/a Assistente Social está entre os/as profissionais com capacidade técnica para intervir em demandas sociais que podem se apresentar na vida da pessoa com IRC. Ademais, cabe ao profissional desenvolver ações socioeducativas e de enfrentamento às vulnerabilidades sociais presentes na vida dessas pessoas em TRS.

Outro ponto importante apresentado é que o/a Assistente Social realiza a mediação entre os atores envolvidos nesse processo de tratamento da pessoa com IRC, como a clínica de TRS, equipe da instituição e família. A profissão, ao identificar as demandas sociais, vai acolher, democratizar informações e articular com outros profissionais e políticas públicas sociais.

O/a Assistente Social utiliza de seu arcabouço teórico e esclarece, orienta e efetua encaminhamentos que possibilitem o acesso à rede de serviços e aos direitos sociais pertinentes à pessoa com IRC. Portanto, a profissão é fundamental no atendimento destes, pelo fato de intervir nas demandas de natureza social que se expressam na área da saúde e que implicam na realidade social desse segmento populacional.

Este/a profissional, ao atuar enfrentando as múltiplas expressões da questão social, vai democratizar informações para que a pessoa com IRC possa ter acesso aos direitos sociais que lhe protegem. Destacou-se que o/a Assistente Social realiza orientações sobre benefícios previdenciários e assistenciais, efetua encaminhamentos para a rede socioassistencial e de saúde, como também esclarece sobre os direitos sociais que geram a manutenção da vida das pessoas com IRC.

Para finalizar, é importante destacar que não pretendemos encerrar o debate acerca do exercício profissional do/a Assistente Social junto a pessoas com IRC. Nossa principal intenção foi realizar apontamentos sobre como o/a Assistente Social é importante para o atendimento a essa população em TRS. Afinal, vai intervir nas singularidades sociais com o objetivo de viabilizar os direitos sociais das pessoas com IRC.

REFERÊNCIAS

ALBIERO, Célia Maria Grandini; SILVA, Viviane Alves da. **O Serviço Social na efetivação dos direitos à saúde dos usuários com Doença Renal Crônica (DRC)**. Revista Multidebates, v.3, n.1, Palmas/To, 2019. Disponível em: <https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/149/144>. Acesso em: 27 out. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 218, de 06 de março de 1997**. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. **[Constituição Federal (1988)]**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 out. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética do/a Assistente Social. Lei Nº 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 10ª edição revista e atualizada, Brasília: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), 2012. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 06 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.168, de 15 de junho de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1168_15_06_2004.html. Acesso em: 27 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução – RDC Nº 154, de 15 de junho de 2004**. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/rdc0154_15_06_2004_rep.html. Acesso em: 27 out. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dia Mundial do Rim. ANS destaca importância da prevenção da doença renal crônica**. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/dia-mundial-do-rim#:~:text=Segundo%20estimativa%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20I,fo%20tratada%2C%20pode%20ser%20fatal>. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Cenário da doença renal crônica no Brasil no período de 2010 a 2023**. Ministério da Saúde: Boletim Epidemiológico 12, volume 55, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-12.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2024.

CASTRO, Manuel Manrique. **História do Serviço Social na América Latina**. 5ª edição revista, São Paulo: Cortez Editora, 2000.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **30 anos do Congresso da Virada**. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (organizador), Conselho Regional de Serviço Social - S. Paulo (CRESS-9a. Região), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) (co-organizadores). Brasília, 2009. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-CongressodaVirada-Site.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2024.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Documentos e Registros em Serviço Social. *In*: _____ (org.). **Produção de documentos e emissão de opinião técnica em Serviço Social**. Brasília (DF) – 2022, p. 152-155. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/EbookCfess-DocOpinioTecnica2022-Final.pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução CFESS Nº 383/99 de 29/03/1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso em: 22 set. 2024.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 06 out. 2024.

DIAS, Jussara Marques de Medeiros; CAMATARI, Maria Aparecida Martins. Instrumentais técnico-operativos do Serviço Social utilizados no espaço do plantão social: limites e possibilidades a partir do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. *In*: LAVORATTI, Cleide; COSTA, Dorival (org.). **Instrumentos técnico-operativos no Serviço Social: um debate necessário**. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016, p. 183-199. Disponível em: <https://www2.uepg.br/proex/wp-content/uploads/sites/8/2018/10/LIVRO-INSTRUMENTAIS-TECNICO-OPERATIVOS-NO-SERVICO-SOCIAL.pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. 2ª edição revista, São Paulo: Cortez Editora, 1999.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do Assistente Social**. Universidade Estadual de Londrina (UEL), 2000. Disponível em: <https://www.uel.br/ces/sersocial/pages/arquivos/GUERRA%20Yolanda.%20A%20instrumentalidade%20no%20trabalho%20do%20assistente%20social.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2024.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 19^o edição, São Paulo: Cortez Editora, 2006.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: Identidade e alienação**. 6^o edição, São Paulo: Cortez Editora, 2000.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa qualitativa: um caminho para a intervenção profissional**. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio): Revista O Social em Questão, 2008. Disponível em: <https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/v11n19a03.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2024.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8^o edição, São Paulo: Cortez Editora, 2017.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 1^o edição, São Paulo: Cortez Editora, 2017.

NETO, Cacildo T. de Carvalho; BARROS, Jaqueline de Melo. **A pesquisa como ferramenta de desvelamento da realidade: Subsídios para a construção de conhecimento**. Revista FAFIC, 4^a Edição, v. 4 n. 4, 2015. Disponível em: <https://fescfafic.edu.br/ojs/index.php/revistafafic/article/view/83/82>. Acesso em: 09 jun. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>. Acesso em: 06 out. 2024.

RUSCZAK, Thais; SANTOS, Sandra Aparecida Silva dos. **O adoecimento renal e a política de saúde como direito social: a atuação do Assistente Social na continuidade do tratamento no grupo pró-renal em Curitiba**. Revista Humanidades em Perspectivas, [S. l.], v. 3, n. 6, 2021. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revista-humanidades/index.php/revista-humanidades/article/view/139>. Acesso em: 27 out. 2024.

SANTOS, Marilene Silva dos. **O Serviço Social na conjuntura da política social de saúde**. Universidade Federal do Maranhão, IV Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2007. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/9_estados-e-lutas-sociais/o-servico-social-na-conjuntura-da-politica-social-de-saude.pdf. Acesso em: 06 out. 2024.

SARRETA, Fernanda Oliveira. **O trabalho do Assistente Social na saúde**. Universidade do Estado de Minas Gerais, Ciência et Praxis v. 1, n. 2, 2008. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2080/1074>. Acesso em: 06 out. 2024.

SILVA, Christiane Pimentel e. **O método em Marx: a determinação ontológica da realidade social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 134, p. 34-51, jan./abr. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/dQkkhqYS3WDkMNX3N44JCKf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 nov. 2024.

SILVA, Texssandro Vargem da; FREIRE, Lucyana Bertoso de Vasconcelos. **O Serviço Social na hemodiálise**. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.8, n.3, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/45395/pdf>. Acesso em: 09 nov. 2024.

SOUSA, Charles Toniolo de. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**. Emancipação, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/119/117>. Acesso em: 08 set. 2024.

VASCONCELLOS, Ana Clara Rosler *et al.* **O trabalho do assistente social no atendimento ao doente renal crônico no serviço de hemodiálise ambulatorial: atribuições profissionais frente às requisições institucionais**. IV Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos; V Seminário Nacional de Território e Gestão de Políticas Sociais; IV Congresso de Direito à Cidade e Justiça Ambiental, Londrina/Pr, v. 4 n.1, 2022. Disponível em: <https://anais.uel.br/portal/index.php/conserdigeo/article/view/2523/2265>. Acesso em: 27 out. 2024.

VIANA, Beatriz Borges; CARNEIRO, Kássia Karise Carvalho; GOLÇALVES, Claudenora Fonseca. **O movimento de reconceituação do Serviço Social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis SC, 2015. Disponível em: https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_139.pdf. Acesso em: 10 jul. 2024.

YAZBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. *In: Serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS; ABEPSS. 2009. Disponível em: <https://cressrn.org.br/files/arquivos/ZxJ9du2bNS66joo4oU0y.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2025.