



## Casas de apoio: inserção e contribuições do assistente social no terceiro setor

**Ricardo Gonçalves Cardozo de MELO<sup>1</sup>; Micheline Pires SAMPAIO<sup>2</sup>**

1. Graduado no Curso de Serviço Social da Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé, MG; assistente social no Hospital do Câncer de Muriaé – Fundação Cristiano Varella.
2. Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ.

Artigo protocolado em 04 abr. 2013 e aprovado em 05 ago. 2013.

**RESUMO:** Trata-se de uma pesquisa sobre a importância da atuação do assistente social em casas de apoio para pacientes oncológicos, realizada com profissionais de três instituições: Casa de Apoio São Francisco de Assis, em Muriaé; Casa Ronald McDonald, no Rio de Janeiro; e Casa Ricardo Moysés Júnior, em Juiz de Fora. Através de pesquisa bibliográfica, fez-se breve análise da trajetória do chamado terceiro setor e do papel do assistente social nesse cenário.

**Palavras-chave:** assistente social, terceiro setor, casas de apoio.

**ABSTRACT: Support houses: insertion and contributions of social workers in the third sector.**

This is a survey on the importance of the role the social worker plays in support houses for cancer patients, conducted with professionals from three institutions: Casa de Apoio São Francisco de Assis in Muriaé; Casa Ronald McDonald in Rio de Janeiro,



and Casa Ricardo Moysés Júnior, in Juiz de Fora. Through literature review, it was brief analysis of the trajectory of the third sector and the role of the social worker in this scenario.

**Keywords:** social, third sector, support homes.

**RESUMEN: Casas de apoio: inserción y contribuciones de los asistentes sociales en el tercer sector.** Se trata de un estudio sobre la importancia del papel del asistente social juega en casas de apoio para pacientes con câncer, realizados con profesionales de tres instituciones: Casa de Apoio São Francisco de Assis en Muriaé, Casa Ronald McDonald en Río de Janeiro, y Casa Ricardo Moysés Júnior, en Juiz de Fora. Mediante revisión de la literatura, este fue una breve análisis de la trayectoria del tercer sector y el papel del aistente social en este escenario.

**Palabras llave:**, social, tercer sector, casas de apoio.

## Introdução

A gênese de organizações não governamentais (ONGs), de instituições filantrópicas sem fins lucrativos, são demonstrações do sistema de acumulação capitalista, expressões do projeto neoliberal, em que a sociedade civil passa a substituir o Estado em atribuições que deveriam ser de sua responsabilidade. As casas acolhedoras são exemplo disto.

O objetivo deste estudo foi analisar a intervenção do assistente social nas casas de apoio. Utilizou-se como proposta metodológica a coleta de dados, através de entrevistas semi-estruturadas, com quatro profissionais de casas de apoio, que fazem parte do terceiro setor: um responsável pelo setor de Ação Social na cidade do Rio de Janeiro (RJ); outro que trabalha como voluntário em Juiz de Fora (MG); e dois profissionais que atuam numa instituição em Muriaé (MG), sendo uma assistente social atuante dentro da casa e a outra coordenadora dos profissionais de Serviço Social.

Todos os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e sobre a preservação de sua identidade. A participação só se efetivou após assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido e de termo de participação da pessoa como sujeito.

Foi estabelecido prazo de 0 a 10 dias para devolução dos questionários, que foram entregues entre o período 1º de maio a 30 de junho de 2011. Os quatro questionários foram devolvidos no prazo estabelecido para serem analisados.

## **I – As transformações políticas, econômicas e sociais e o surgimento do chamado terceiro setor**

Não se sabe ao certo quando surgiram as primeiras iniciativas reconhecíveis de políticas sociais, mas pode-se dizer que, como processo social, “[...] elas se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 47).

Portanto, as respostas oferecidas a questão social eram repressivas, incorporando algumas demandas da classe trabalhadora e transformando reivindicações em leis que implementavam apenas pequenas melhorias na vida dos operários.

As sociedades pré-capitalistas não privilegiavam as forças de mercado e assumiam algumas responsabilidades sociais, não com o fim de garantir o bem comum, mas com o intuito de manter a ordem social e punir a vagabundagem. Ao lado da caridade privada e de ações filantrópicas, algumas iniciativas pontuais com características assistenciais são identificadas como protoformas de políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 47).

Essas conquistas, no início do século XX, levaram ao crescimento dos princípios liberais, marcados pelas lutas de classes, em uma nova conjuntura socioeconômica. O Estado liberal da Europa foi o primeiro no mundo a reconhecer direitos civis como a propriedade privada, o direito à vida, à liberdade e à segurança, mas com caráter repressivo (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

As autoras afirmam, ainda, que a ascensão das políticas públicas não ocorreu da mesma forma em todos os países e tão pouco no mesmo período, mas sim de acordo com a pressão exercida pela classe operária e atrelada ao desenvolvimento econômico e à correlação de forças no âmbito estatal de cada país.

O movimento socialista de 1917, conhecido como Revolução Russa, contribuiu para a efetivação de direitos, possibilitando aos trabalhadores realizar acordos coletivos de trabalho e de ganhos sobre o que produzissem. O Estado

cedeu para não perder sustentação, mas por pouco tempo. O advento do Fordismo ampliou as reivindicações, pois os trabalhadores estavam produzindo em série, em maior escala, em menos tempo, sem redução da carga horária, e com a mesma remuneração de antes. Concomitantemente, surge a formação dos grandes monopólios: os bancos passaram a conceder empréstimos às grandes empresas que se unem para obter mais lucros, o que levou à concentração do capital nas mãos da burguesia, em detrimento dos pequenos empresários, muitos dos quais decretaram falência.

Em 1929, a crise atingiu seu apogeu, sendo conhecida como a Grande Depressão. Esta, que se iniciou no sistema financeiro americano, culminando na queda na bolsa de valores de Nova York em 24 de outubro, alastrou-se pelo mundo, “[...] reduzindo o comércio mundial a um terço do que era antes” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 68).

As políticas sociais começaram a ser pensadas como forma de regularizar a economia e também de dar respostas à classe operária, garantindo, assim, o desenvolvimento político, econômico e social de vários países do mundo.

### **1.1 – As políticas sociais no Brasil**

O Brasil, apesar de ser um país periférico, teve que se adequar ao contexto dos países desenvolvidos, institucionalizando políticas sociais. Entretanto “[...] não houve no Brasil escravista do século XIX uma radicalização das lutas operárias, sua constituição em classe para si, com partidos e organizações fortes” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 78). Tais preocupações só começaram a surgir no país após o fim da escravidão, por conta da dificuldade de inserir os libertos no mundo do trabalho e também das questões impostas pela virada do século, quando a então capital do Brasil encontrava-se sem saneamento básico, moradia e emprego. Assim, apenas na primeira década do século XX surgem as primeiras manifestações por parte dos trabalhadores.

As políticas sociais perderam força durante as guerras mundiais, entre 1914 e 1919 e entre 1939 e 1945, se generalizando após este período. O Brasil avançou entre 1930 até 1945, no governo de Getúlio Vargas, chamado de “pai dos pobres”. O país fortaleceu seu crescimento industrial, não deixando de pensar em políticas públicas como maneira de tranquilizar o proletariado que, através dos movimentos sociais, exigia melhores salários e garantias trabalhistas. Assumindo o assistencialismo como estratégia política, Vargas cria a Previdência Social, a carteira de trabalho e leis que asseguraram direitos aos trabalhadores.

O Brasil se desenvolveu com a criação de instituições, principalmente com a fundação da Petrobrás, e com os investimentos durante o governo de Juscelino Kubitschek, entre 1956 e 1960, que criou a cidade de Brasília, investiu

nas indústrias, no transporte, na construção de ferrovias e rodovias, e trouxe empresas automobilísticas para o país. Ao final do seu mandato, cumpriu o que havia prometido, porém deixou de investir em políticas públicas.

Para Pereira (1998) *apud* Montañó (2010), nas décadas seguintes, final de 1970 e 1980, o Brasil viveu um período de estagnação de renda, crise fiscal, e altos índices de inflação, decorrentes do modo de intervenção e administração estatal. Também havia uma crise política que impedia o Estado de financiar políticas públicas e restringia as verbas para políticas sociais.

Segundo Couto (2006), as décadas de 1980 e 1990 foram marcadas por novas configurações políticas, econômicas e sociais, ampliando o processo de democracia, através da transição de governos militares para governos civis, da organização política e jurídica desenhando a Constituição Federal, promulgada em 1988. Ao mesmo tempo, trabalhou-se na criação de estratégias para minimizar os efeitos decorrentes dos processos inflacionários, criando assim, as “[...] diretrizes macroeconômicas que concebem as políticas sociais como consequência do funcionamento adequado da economia” (COUTO, 2006, p. 140). Esse processo fez com que os planos de implantação e formulação de políticas sociais fossem a princípio abandonados.

Os governos pós anos 1980 assumiram o compromisso de assegurar as orientações produzidas pelo Consenso de Washington<sup>1</sup>. Apesar disso, duas visões foram instituídas: de um lado, a expectativa com relação à ampliação dos direitos sociais e do papel interventor do Estado para com os avanços constitucionais e, de outro, obedecendo às orientações citadas, a “[...] diminuição dos gastos nas políticas sociais e na retirada do Estado do campo social” (COUTO, 2006, p. 140).

O autor ressalta que, com a morte de Tancredo Neves, assume o seu vice, José Sarney, entre 1985 e 1990, inicialmente não obtendo nenhuma consideração dos eleitores. Dois atos durante o seu governo foram primordiais na conquista da aceitação popular: o primeiro, a criação do Plano Cruzado,

1. O Consenso de Washington, criado em 1989 por John Williamson, refere-se a um conjunto de regras de condicionalidade para obter apoio político e econômico de governos centrais e organismos internacionais. “Trata-se também de políticas macroeconômicas de estabilização acompanhadas de reformas estruturais liberalizantes” (TAVARES e FIORI, 1993, p.18 *apud* SOARES, 2002, p.16).

estabelecendo o “[...] congelamento dos preços, dos salários e do câmbio [...]” (COUTO, 2006, p. 144); e o segundo, o processo constituinte que levou à Constituição Federal de 1988.

Foi a partir da promulgação da Constituição de 1988 que se criou o tripé da Seguridade Social composto por Saúde, Assistência e Previdência, com o objetivo de assegurar a ampliação dos direitos sociais, garantir o acesso às necessidades básicas da sociedade e promover a diminuição da desigualdade. Mas sua operacionalização teve falhas: no plano jurídico, ficou como direito de todos e dever do Estado, sendo a Previdência contributiva e a assistência a quem dela precisar (NOGUEIRA, 2001 *apud* BORSATO et al., 2005, p. 8).

Deve-se ressaltar que, em pleno processo de efervescência da promulgação da Constituição de 1988 e das discussões críticas em torno de suas conquistas, o Brasil se tornou signatário do acordo firmado com organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), por meio das orientações contidas no Consenso de Washington (COUTO, 2006, p. 144).

Ao final da década de 1980 e início dos anos de 1990, o neoliberalismo já estava presente em quase todos os países do mundo, desvinculando o Estado de iniciativas de proteção social, para que estas fossem gestadas por iniciativas privadas, indo contra os direitos garantidos pela Constituição e pelas leis ordinárias.

O governo de Fernando de Collor de Mello, a partir de 1990, de acordo com Iamamoto (2011), defende as orientações neoliberais, reduzindo os investimentos em políticas públicas e aumentando divisas para o setor empresarial, dando início, assim, ao processo de privatização das estatais. O resultado foi o aumento da pobreza e a perda da qualidade de vida, e também o acesso seletivo aos serviços públicos, o que vai contra a “[...] Carta Constitucional de 1988, relativa à universalização dos direitos sociais e dos serviços, que lhes atribuem materialidade” (IAMAMOTO, 2011, p. 159). Este período marcou o estímulo do Estado para que empresas privadas prestassem serviços voluntários, estimulando as práticas de filantropia, que podemos chamar de “refilantropização”. Após dois anos, Collor sofre *impeachment*; assume, então, Itamar Franco, com a difícil tarefa de estabilizar a economia do Brasil e conter a inflação.

O período de 1980 e 1990 assistiu a vários planos econômicos, com diversificadas matrizes de princípios orientadores: a) Plano Cruzado e Plano Cruzado II (1986);

b) Plano Bresser (1987); c) Plano Verão (1989); d) Plano Collor I e Plano Collor II (1990); e) Plano Real (1993) (COUTO, 2006, p. 139).

O Plano Real inicialmente reduziu a inflação e o índice de trabalhadores desempregados, o que favoreceu Fernando Henrique Cardoso (FHC) durante sua candidatura para presidente no ano de 1994, assumindo a presidência do Brasil de 1995 a 1999. Assim, como os governos pós-1985, seu mandato foi pautado pela busca da estabilidade econômica. A análise de Couto (2006) do governo de Fernando Henrique Cardoso mostra um quadro social desastroso, com alto índice de desemprego, várias tentativas de promover perdas de direitos trabalhistas e reformas na Constituição de 1988.

## **1.2 – O nascimento do terceiro setor e a nova configuração do Estado**

A sociedade compõe-se de três setores, com suas respectivas esferas: o Estado, primeiro setor; o mercado, segundo setor, e a sociedade civil, denominada terceiro setor, evidenciando uma realidade social distorcida, como se ela fosse fragmentada. Neste contexto, é a classe trabalhadora que tem por obrigação dar respostas às variadas expressões da questão social, minimizando os efeitos originados pelo modo de produção capitalista e suas múltiplas expressões.

O terceiro setor é uma das expressões do projeto neoliberal, e surge no Brasil a partir dos anos de 1970, fomentando as instituições de caráter filantrópico e assistencial, que se unem aos movimentos sociais para cobrar medidas que amenizem os problemas sociais e as desigualdades.

Mais precisamente durante os anos de 1980-1990, o aparecimento de organizações não-governamentais (ONGs), instituições filantrópicas sem fins lucrativos, se disseminou. Essas entidades são estratégias da sociedade contemporânea: instituições com fins públicos, porém de caráter privado, marcadas pela filantropia e ou voluntariado. Em consequência, acabam “[...] deslocando a lógica das lutas e das reivindicações para o caminho da parceria e da negociação” (MACHADO, 2010, p. 72). O resultado foi o enfraquecimento dos movimentos sociais, que passaram a coadjuvantes na luta por direitos sociais, dando lugar de destaque às ONGs.

A sociedade civil assume então o papel de reguladora da questão social, seguindo os parâmetros da proposta neoliberal, ainda que de forma limitada. Começa o processo de se beneficiar o proletariado a fim de diminuir a pauperização e contribuir com o avanço do país, garantindo direitos e formando parcerias entre instituições.

Montaño (2010) relata as contradições apresentadas pelas organizações não-governamentais (ONGs), pois estas muitas vezes são financiadas por entidades particulares ou são contratadas pelo Estado, que lhes transfere suas obrigações. O Estado escolhe com quais fazer parcerias, condicionando as ONGs à política de governo, aprovando seus projetos, recursos, abrangências e prioridades.

A “parceria” entre Estado e o “terceiro setor” tem a clara função ideológica de encobrir o fundamento, a essência do fenômeno – ser parte da estratégia de reestruturação do capital -, e feiticizá-lo em “transferência”, levando a população a um enfrentamento/aceitação deste processo dentro dos níveis de conflitividade institucional aceitáveis para a manutenção do sistema e, ainda mais, para a manutenção da atual estratégia do capital e seu projeto hegemônico: o neoliberalismo (MONTAÑO, 2010, p. 227).

No Brasil, o chamado terceiro setor cresceu consideravelmente, apesar dos cortes orçamentários, das privatizações e das políticas cada vez mais restritivas. O “terceiro setor” pode ser considerado como uma “bolha” em crescimento. Entretanto, “[...] esse crescimento só tem expressividade (e possibilidade) enquanto o Estado (e fundações ligadas ao capital) continuar(em) financiando-o” (MONTAÑO, 2010, p. 227).

### **1.3 – O Serviço Social e o terceiro setor**

O Serviço Social avançou consideravelmente nas décadas de 1980 e 1990, formando profissionais mais reflexivos e dispostos a enfrentar as mudanças históricas do capitalismo e do projeto societário. De acordo com Sampaio (2010), as profundas transformações advindas da crise do capital atingiram não só o conjunto da vida social, mas também o mercado de trabalho.

Sampaio (2010) afirma que o maior desafio apresentado aos assistentes sociais é a defesa de seu projeto ético-político, do compromisso que a categoria deve ter com a democracia e defesa dos direitos sociais, trabalhando na criação, implantação e execução de políticas sociais em tempos de políticas e programas cada vez mais focalizados, descentralizados e descontínuos. Para Yazbek (2001) *apud* Machado (2010), vive-se um momento de refilantropização da profissão, onde a lógica da cidadania alicerça-se no discurso da solidariedade e da filantropia, e não nos direitos.

A principal dificuldade dos assistentes sociais contratados por entidades do terceiro setor encontra-se na lida com as práticas de doação e com conflitos oriundos do voluntariado, pois, em diversas ocasiões, estes atores, por meio de práticas de solidariedade, dificultam a emancipação do indivíduo e, com isso, impossibilitam a transformação da realidade, não resolvendo o problema social, mas mascarando-o, o que contraria os princípios da profissão (MACHADO, 2010, p. 78).

Para Silva (2009) *apud* Machado (2010), a Lei Orgânica da Assistência Social de 1993 e toda a legislação posterior que regulamenta as relações das ONGs implantam a concepção de assistência social como direito e não caridade ou favor.

O terceiro setor não é alternativo ao sistema capitalista, mas, sim, integrado e subordinado a ele. Ao invés de emancipar cidadãos, acaba apenas amenizando seus problemas, ou seja, continua a fortalecer o modo de produção e reprodução das relações sociais capitalistas. Isto atinge diretamente os assistentes sociais, exigindo cada vez mais criação de mecanismos que contribuam para reverter este “quadro perverso” de alienação. É necessário cotidianamente “[...] reafirmar os princípios do projeto a partir de sua defesa contundente e de sua máxima socialização, tornando-o cada vez mais conhecido da categoria” (BRAZ, 2004, p. 65).

## **II – Inserção e contribuições do assistente social em casas de apoio**

### **2.1 – O surgimento das primeiras casas de apoio para pacientes oncológicos**

O Ministério da Saúde, por meio da portaria 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, articulando seus serviços com as Secretarias de Saúde dos Estados e municípios, com o objetivo de contribuir para promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Sendo, nesse processo, imprescindível a participação direta do Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a todos o acesso aos procedimentos de alta complexidade.

Neste contexto, surgiram as primeiras indagações sobre a necessidade de casas de apoio para hospedar pacientes portadores de câncer, pois o Ministério da Saúde com as entidades e hospitais oncológicos, detectaram que muitos pacientes abandonavam o tratamento, por não terem como arcar com os custos de hospedagem na cidade, ou por causa do desgaste físico e mental ocasionados por longas viagens diárias. Os pacientes que precisam ficar nas casas de apoio

são, em grande parte, aqueles em tratamento de quimioterapia e ou radioterapia, procedimentos dolorosos e agressivos, que, por serem de alta complexidade, se restringem a um grupo de instituições nem sempre próximas às demandas.

## **2.2 – Históricos das casas de apoio para pacientes com câncer**

### **2.2.1 – Casa de Apoio Ronald McDonald – Rio de Janeiro**

O Instituto Ronald McDonald, localizado na cidade do Rio de Janeiro, foi uma das primeiras casas de apoio que surgiram no Brasil. Sua história inicia-se após um casal ter ficado hospedado em uma Casa Ronald McDonald nos Estados Unidos, na cidade de Nova York. O filho do casal não venceu a doença, mas ao retornarem para o Brasil seus pais, encantados com a infra-estrutura que encontraram fora do país, tomaram as primeiras iniciativas em prol da construção de um espaço para acolher pacientes com câncer.

Em 5 de dezembro de 1992, foi fundada, por um grupo, a Associação de Apoio à Criança com Neoplasia (AACN-RJ). A experiência de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e voluntários do Instituto Nacional do Câncer (INCA), junto aos pequenos pacientes, mostrou a grande dificuldade das famílias que residem fora do município do Rio de Janeiro em dar continuidade ao tratamento de seus filhos, devido à falta de recursos financeiros para se manterem na cidade. Evidenciada tal dificuldade, a AACN-RJ estabeleceu como meta primordial a criação de uma casa de apoio (Instituto Ronald McDonald).

Após a criação da Associação de Apoio à Criança com Neoplasia (AACN-RJ), em menos de um ano conseguiram parceira para instituir a Casa de Apoio.

[...] Em junho de 1993, a rede McDonald's realizou outro McDia Feliz e desta vez a arrecadação do evento foi doada para a AACN-RJ implantar a casa de apoio. No mesmo ano, foi adquirido um imóvel para hospedagem e formalizada a parceria entre INCA, AACN-RJ e McDonald's (Instituto Ronald McDonald).

Pioneira na América Latina, a Casa Ronald McDonald foi fundada em 1994 para ser uma “casa longe de casa”, atendendo crianças e adolescentes com câncer e suas mães, com o apoio dos hospitais conveniados – Instituto

Nacional do Câncer (INCA), Hemorio, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Hospital da Lagoa e Hospital Pediátrico Martagão Gesteira (Fundão). Atualmente pode hospedar com conforto e opções de lazer até 32 pacientes e 32 acompanhantes, que devem ter entre 0 e 18 anos e residir em bairros distantes do Rio de Janeiro ou em outros municípios. Os encaminhamentos para o Instituto são realizados pelos profissionais do Serviço Social dos hospitais locais.

### **2.2.2 – Casa de Apoio Ricardo Moysés Júnior**

A Fundação de Apoio aos Portadores de Neoplasias Infantis Ricardo Moysés Júnior (FRMJ), localiza-se na cidade de Juiz de Fora (MG). Foi idealizada pelo casal Ricardo e Jane Moysés, após o falecimento de seu filho, em 1994, aos 17 anos, por um câncer fulminante. Tiveram o apoio do médico que cuidou do adolescente, Ângelo Atalla, e juntos começaram a desenvolver um trabalho de assistência a algumas crianças carentes em tratamento nos hospitais da cidade. Com o passar do tempo, conseguiram que a comunidade juizforana aderisse à causa. Em outubro de 2000, a instituição conseguiu sede própria, sendo hoje reconhecida em todo o país pela seriedade e qualidade dos serviços prestados.

A FRMJ, para expandir seus atendimentos e se tornar uma entidade sustentável, idealizou a Unidade II, o Centro Educacional Ricardo Moysés Júnior, inaugurado em abril de 2005, construído em um terreno doado pelo Lions Clube, com doações feitas pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e recursos da comunidade. Com projeto pedagógico baseado no referencial curricular nacional para a educação infantil, prepara seus alunos, através de ações educativas e pedagógicas, para uma cidadania consciente e ativa (FUNDAÇÃO RICARDO MOYSES JÚNIOR).

A FRMJ possui 60 leitos, 30 destinados aos assistidos e 30 para os acompanhantes, e também três apartamentos para transplantados. A taxa de ocupação da casa fica em torno de 70%, já que cerca de 40% dos pacientes residem em Juiz de Fora. Os hóspedes em estadia, que devem ter entre 0 e 21 anos, e seus acompanhantes têm direito a quatro refeições diárias: café da manhã, almoço, lanche e jantar. Os serviços são garantidos por contribuições mensais, pela renda líquida do Centro Educacional, por episódios como o McDiaFeliz, e eventos diversos: festa junina, bazar da solidariedade, brechó, e show de prêmios, entre outros.

### 2.2.3 – Casa de Apoio São Francisco de Assis

A Casa de Apoio São Francisco de Assis atrela-se à história da Fundação Cristiano Varella (FCV) – Hospital do Câncer de Muriaé (HCM), em Minas Gerais. Após o falecimento de Cristiano Ferreira Varella, em 1994, seus pais, Lael Vieira Varella e Maria da Glória, decidiram construir algo que beneficiasse a população muriaeense e também eternizasse a memória de seu filho.

Segundo o histórico da Fundação Cristiano Varella, em 1996, o Conselho Consultivo formado por vinte sete membros aprovaram o primeiro Estatuto, elaborado pelo médico João de Souza Moreira. Neste mesmo ano, deu-se início à construção do Hospital do Câncer de Muriaé, em uma área de 55.523 m<sup>2</sup> do espólio de Cristiano Varella, doada por seus pais.

Em 1999, foram iniciadas as obras do Bloco II, que hoje é composto por três pavimentos. Em 2001, deu-se início as atividades do Ambulatório de Triagem e, em 2002, houve o credenciamento do ambulatório junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

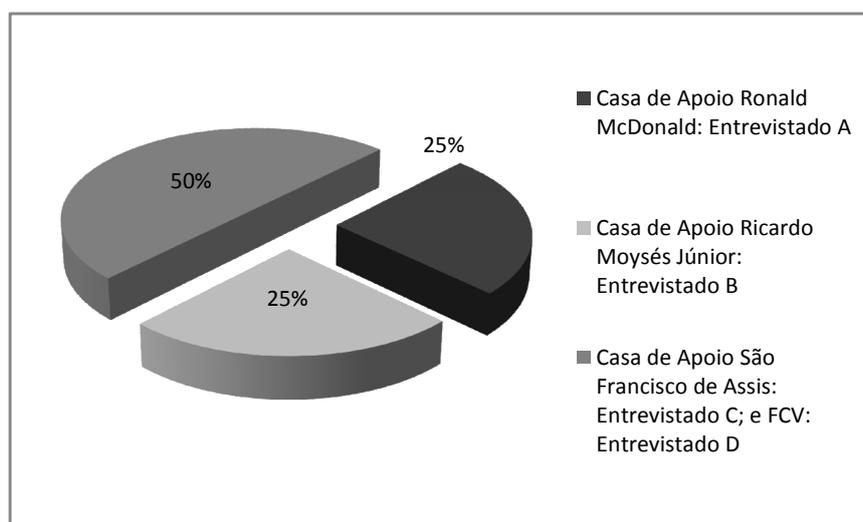
De acordo com instituição, no ano de 2005, a Casa de Apoio São Francisco de Assis foi idealizada pela diretoria da instituição, após constatar que muitos pacientes abandonavam o tratamento por não terem condições de arcar com os custos de hospedagem na cidade, ou por não suportarem longas viagens. Para este fim, a instituição criou um departamento de telemarketing para arrecadar doações em toda a região.

Para que um paciente possa se hospedar na Casa de Apoio da FCV é necessário estar em tratamento de radioterapia ou quimioterapia no HCM. Tem capacidade para acolher 138 pacientes e, caso seja necessário permanecer com acompanhante, disponibiliza poltronas reclináveis para os mesmos se acomodarem. A hospedagem oferece cinco refeições diárias, estadia e condições adequadas de higiene e saúde. Hoje, é mantida por doações angariadas pelo setor de telemarketing da FCV e de outros como comércio local, pacientes e familiares.

A Casa, arejada, possui 35 quartos com quatro leitos hospitalares cada, banheiros, cozinha, refeitório, dispensa, posto de enfermagem, sala de jogos, espaço de leitura, sala do voluntariado, área de serviço, rouparia, sala da assistente social, e uma ampla área com árvores frutíferas e um lago.

A instituição conta com o apoio de uma equipe bem treinada, composta por 10 colaboradores, sendo três na higienização e limpeza, quatro técnicos de enfermagem, duas cozinheiras e uma assistente social/coordenadora e outros profissionais que compõem a equipe multidisciplinar (enfermeiro, farmacêutico, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo).

**GRÁFICO 1** Entrevistados por instituição – 2011



### III – Resultados e discussões

A estrutura física das instituições (questões 9 e 10), os critérios para aceite de hospedagem (questões 5 e 7), a qualidade de hospedagem, e serviços disponibilizados ao cliente (questões 11 e 12) e a sustentabilidade financeira (questão 8), foram apresentados juntamente com as Casas de Apoio para a contextualização do histórico e visualização das entidades como um todo.

#### 3.1 – Perfil dos profissionais

Os dados coletados (questões 1, 2, 3 e 4) foram usados para traçar um perfil dos entrevistados. O Gráfico 1 apresenta a denominação escolhida para preservar a identidade dos profissionais entrevistados.

Analisando o Gráfico 2, 50% dos profissionais são do sexo feminino e 50% do sexo masculino.

A distinção de sexo não interferiu na análise dos dados. A faixa etária predominante foi de 41 a 50 anos, 50%, seguida pela de 30 a 40 anos, 25%, e de 51 ou mais, 25%.

Foram encontrados assistentes sociais (50%), coordenadores de ação social (25%) e voluntários (25%).

Quanto ao tempo de serviço prestado na instituição, houve o predomínio da faixa de 5 a 10 anos, 75%, e a de 11 a 15 anos, ficou com 25%.

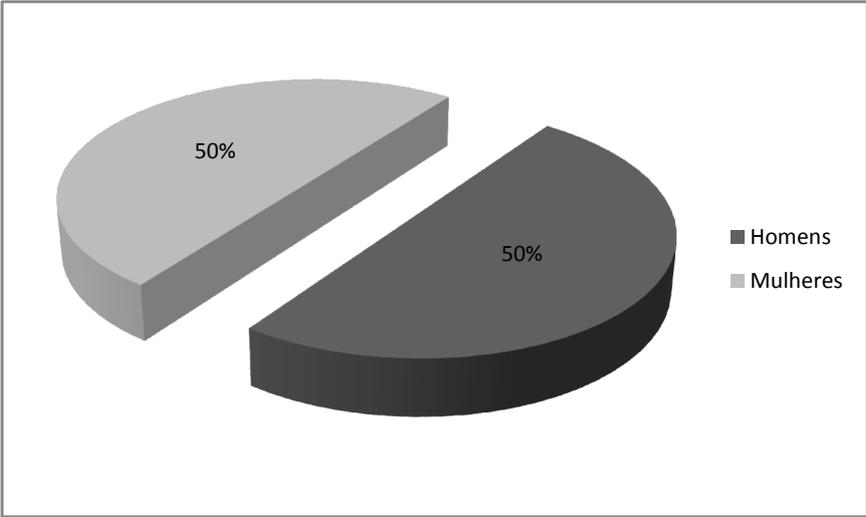
Os perfis dos entrevistados mostram que são pessoas que já estão inseridas em instituições do “terceiro setor” há alguns anos e que, provavelmente, são experientes na área que atuam.

#### 3.2 – As ações do voluntariado nas casas de apoio

O número de voluntários da Casa Ronald McDonald compreende cerca de 420 pessoas, número bastante expressivo. Isso vai ao encontro da análise de Bonfim (2010), que apresenta este crescimento como “cultura do voluntariado”, indicando um acréscimo das expressões neoliberais. Segundo este autor, na década de 1990, houve um crescimento considerável de voluntários atuantes em organizações filantrópicas e sem fins lucrativos. Pesquisas realizadas pela Associação Brasileira de Organizações Não-Governamentais (ABONG) apontam que houve crescimento de mais de 100% no ano de 2001 se comparado com o ano de 1998, constatando que grande parte das instituições com voluntários criam políticas para convidar mais pessoas a serem “solidárias”.

Este crescimento está relacionado [...] a um aparato político-jurídico que se expressa através do Ano Internacional do

**GRÁFICO 2** Sexo dos entrevistados – 2011



**TABELA 1** Idade

De 30 a 40 anos	De 41 a 50 anos	51 ou mais
1	2	1
25%	50%	25%

**TABELA 2** Cargo que ocupa na instituição

Casa de Apoio Ronald McDonald	Casa de Apoio Ricardo Moysés Jr.	Casa de Apoio São Francisco de Assis – FCV	Fundação Cristiano Varella – HCM
Coordenador da Ação Social	Voluntário	Assistente Social / Coordenadora	Coordenadora Geral do Serviço Social
1	1	1	1

**TABELA 3** Tempo de serviço na instituição

De 5 a 10 anos	De 11 a 15 anos
3	1
75%	25%

Voluntariado em 2001 e da promulgação da Lei n. 9.790, de 23 de março de 1998, que regulamenta as instituições do “terceiro setor”, e da Lei do Voluntariado, n. 9.608, sancionada em 18 de fevereiro de 1998 (BONFIM, 2010, p. 36).

Contudo, cabe destacar que a cidade do Rio de Janeiro representa uma das maiores densidades demográfica do país, e que a mesma pesquisa realizada pela ABONG constatou um decréscimo em 2004 do número de voluntários no país.

A Casa de Apoio Ricardo Moysés Júnior, em Juiz de Fora, possui 160 voluntários, e a Casa de Apoio da FCV, 22. Estes indicativos mostram que a expansão do terceiro setor ainda não foi suficiente para satisfazer as vontades do Estado, que cria estratégias para incentivar as pessoas a prestarem serviços à comunidade, como forma de cidadania.

[...] é necessário “produzir maior *sociabilidade*, maior *densidade da sociedade civil* e desenvolver *espaços de troca e de solidariedade voluntária* no seu seio, o que implicaria no menor peso do mercado e do Estado na atenção das necessidades sociais” (MONTAÑO, 2002 *apud* BONFIM, 2010, p. 71).

A programação anual fixa das instituições são muito semelhantes: Páscoa, Dia das Mães, Dia das Crianças, Festa Junina, Natal, Ano Novo e aniversariantes do mês. Nas Casas de Apoio Ronald McDonald e Ricardo Moysés Júnior, que se localizam em cidades com sedes do McDonalds, também acontece o benefício da renda do McDiaFeliz.

Sobre a atuação dos voluntários nas casas de apoio, os entrevistados apresentaram as seguintes falas:

*O papel dos mesmos é dar suporte às tarefas pré-estabelecidas pela instituição (Entrevistado A).*

*O voluntário desenvolve várias atividades na casa e fora dela, todas de extrema importância, e jamais poderíamos ter um quadro de funcionários que viesse a substituí-los. O voluntário exerce atividades nos seguintes setores: artesanato, bazar da solidariedade, eventos, separação de doações, confecção de cestas de alimentos mensais e cestas de frutas,*

*legume e leite semanais, plantão da solidariedade (atuam dentro do Instituto Oncológico), visitas hospitalares, recreação, cozinha, assistência social, psicologia, tratamento dentário, reuniões mensais com os pais etc. (Entrevistado B).*

*O principal papel dos voluntários é desenvolver os trabalhos manuais (costura), religiosos, fazer visita aos leitos, trazendo para os pacientes e acompanhantes, um abraço, uma palavra amiga e proporcionando diversão. Visando estimular o paciente e seu cuidador nas atividades que contribuem significativamente para minimizar os problemas e dificuldades dos pacientes. Os voluntários são pessoas dispostas afetivamente e fisicamente a transmitir conforto, amor e carinho (Entrevistado C).*

Mediante as declarações, observa-se que as ações do voluntariado se baseiam numa cultura de filantropia. Os profissionais reconhecem os voluntários pelos trabalhos que desenvolvem, considerando-os de suma importância, sem os quais muitos dos projetos não teriam como ser desenvolvidos.

[...] as práticas voluntárias que se estabelecem na sociedade brasileira na atualidade, continuam, *essencialmente*, baseadas em motivações de ordem individual (apesar desta “cultura” tentar negar isto), ou seja, tanto o cumprimento de um dever cristão como a “necessidade” de ser considerado um cidadão, ou mesmo a procura em manter vínculos profissionais manifesta em si o *ethos* individualista da sociedade burguesa (BONFIM, 2010, p. 56).

### **3.3 – As contribuições do assistente social para as casas de apoio**

É importante destacar como os entrevistados descreveram a importância das casas de apoio para os hóspedes:

*Reduzir o número de abandono do tratamento (Entrevistado A).*

*A casa de apoio é considerada um segundo lar, um porto seguro, uma referência para as famílias que vêm em busca de um tratamento digno, principalmente as que vêm de*

outras cidades, mais de 125 cidades do Estado, inclusive Rio de Janeiro (Entrevistado B).

*É de grande importância para eles, porque além da hospedagem e alimentação que disponibilizamos, recebem a atenção, o carinho e o aconchego da casa, para que possam enfrentar e vencer o tratamento, que é longo e exige cuidados intensos e duradouros, com a necessidade de sair de seus municípios para a realização do tratamento, agravando ainda mais o enfrentamento da doença, além do desgaste físico, financeiro e emocional. A principal demanda do paciente que migra de sua cidade para realizar o tratamento em outra cidade é a dificuldade de hospedagem, sendo assim a importância fundamental da Casa de Apoio para o paciente que está vivenciando esta situação de maior dificuldade emocional e física (Entrevistado C).*

*A ideia de construir a Casa de Apoio São Francisco de Assis surgiu logo no início do funcionamento da radioterapia, quando os pacientes manifestaram vontade de abandonar o tratamento por falta de condições físicas de ir e vir todos os dias das suas cidades de origem. Devido à distância entre os municípios (de origem e Muriaé), às condições sócio-econômicas e físicas dos pacientes, e à preocupação constante com a evasão, a instituição construiu e mantém, através de doações feitas pela comunidade local e regional, a Casa de Apoio. Com o intuito de hospedar e acolher pacientes e acompanhantes de outros municípios, a Casa de Apoio proporciona condições para que o tratamento não sofra descontinuidade (Entrevistado D).*

Percebe-se que os entrevistados compreendem a importância das casas de apoio para os pacientes. Há que se pensar que é muito difícil para pacientes acometidos pelo câncer terem que se preocupar ainda com lugares para permanecerem durante o tratamento.

As informações colhidas apontam que é crescente o número de instituições filantrópicas na área da saúde, especialmente em oncologia, devido ao crescimento do número de pessoas com a doença, da mortalidade e da agressividade do tratamento, que produz reações que dificultam o trânsito contínuo dos pacientes.

O tratamento a que se submete o paciente oncológico é longo e exige cuidados intensos. Muitos pacientes necessitam sair de seus municípios para realizar tratamento, devido à falta de centros oncológicos especializados. O que agrava ainda mais o enfrentamento da doença, além do desgaste físico, financeiro e emocional (ASSOCRIO, 2011).

Os entrevistados veem a atuação do assistente social como algo importante para as casas de apoio:

*Sim, para orientar os hóspedes da Casa Ronald e beneficiários do Programa Bolsa de Alimentos sobre seus direitos enquanto portadores de doenças crônicas e viabilizar o acesso (Entrevistado A).*

*Sim, é importante na orientação aos responsáveis pelo paciente sobre seus direitos, é importante para a instituição para que possamos conhecer melhor os assistidos e, assim, melhor direcioná-los para os nossos programas assistenciais (Entrevistado B).*

*Sim, é de grande importância pela necessidade do acolhimento ao paciente e familiar realizado pelo assistente social que busca a humanização do atendimento, visando um tratamento digno, minimizando a ansiedade, a angústia dos pacientes e familiares no impacto do tratamento (Entrevistado C).*

*Sim. A área da saúde tem se destacado por constituir o maior campo da prática profissional do assistente social. A Casa de Apoio é uma extensão do hospital e desta forma consideramos-a como prestadora de serviços de saúde. Apesar de estarem bem definido os critérios de admissão da casa, como por exemplo o estado clínico estável do paciente em tratamento ambulatorial, os pacientes necessitam de cuidados de enfermagem e de uma equipe multiprofissional constante, principalmente do assistente social que é o responsável pela admissão e acompanhamento de cada paciente hospedado (Entrevistado D).*



As falas comprovam que o profissional de Serviço Social possui um arcabouço que o possibilita intervir nesses espaços, contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos hóspedes, tendo em vista que a saúde é apenas um dos fatores levados em consideração, possibilitando ao mesmo, buscar e dar respostas em todas as áreas da vida social, trabalhando na emancipação do indivíduo.

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

Uma das estratégias que o assistente social deve utilizar é levar o usuário a se reconhecer como sujeito envolvido no processo, criando condições para que as alternativas sejam elaboradas em conjunto. Isso é, sim, um desafio, mas faz-se necessário inserir o mandatário no processo de escolhas, para que sua opinião seja levada em consideração. Um dos maiores desafios ao profissional é elaborar respostas em consonância com os direitos sociais dos usuários, o que possibilita realizar um atendimento completo e competente.

O processo de descentralização das políticas sociais vem requisitando aos profissionais de Serviço Social a atuação nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Tal atuação deve ser embasada pela realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de saúde dos usuários e/ou coletividade. As investigações realizadas têm por objetivo alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, bem como da política de saúde local, regional, estadual e nacional (CFESS, 2009).

Os entrevistados explicitaram como ações do assistente social:

*Orientar os hóspedes da Casa Ronald e beneficiários do Programa Bolsa de Alimentos sobre seus direitos enquanto portadores de doenças crônicas; aplicar entrevistas com os hóspedes para realizar estudos sócio-econômicos e viabilizar acesso aos direitos; realizar entrevistas com os beneficiários da Bolsa de Alimentos com o objetivo de entender o contexto em que a família se encontra (tratamento da criança ou adolescente, estrutura familiar, situação sócio-econômica) para assim decidir a renovação do benefício por mais um período de 6 meses ou a não renovação; atender as famílias e encaminhá-las para os projetos desenvolvidos pela Ação Social (Entrevistado A).*

*Avaliação sócio-econômica do assistido para melhor adequação da nossa assistência. São informações importantíssimas que ajudarão a entidade a tomar decisões sobre como, onde e de que forma ajudar aquelas famílias; Orientação sobre direitos do paciente com câncer, encaminhamento para os órgãos competentes; visitas domiciliares para acompanhantes e verificação como nossa assistência é utilizada; verificação sobre crianças em idade escolar, casos de alcoolismo, drogas, violência doméstica; enfim, orientar no que for possível visando a melhoria da qualidade de vida daquela família (Entrevistado B).*

*Favorecer melhores condições para que os pacientes possam dar continuidade ao tratamento, realizar o acolhimento na admissão e o acompanhamento aos pacientes e familiares no período da hospedagem na Casa de Apoio. A ação desenvolvida cotidianamente na Casa de Apoio faz parte de um profissional reflexivo, preocupado em dar respostas à demanda, em viabilizar o acesso do paciente ao atendimento e ao tratamento. As ações tornam-se exequíveis através do trabalho em equipe com a coordenação, os técnicos de enfermagem, colaboradores da higienização e limpeza, cozinheiras e todos os profissionais da equipe multidisciplinar (Entrevistado C).*

*Dentre as atribuições do assistente social da Casa de Apoio São Francisco de Assis, destaco três imprescindíveis. Primeiro, o assistente social como responsável pela admissão dos pacientes e acompanhantes na Casa de Apoio, tem como principal função avaliar a elegibilidade dos pacientes para hospedagem na casa. Ao entrevistar o paciente, o assistente social é o profissional que, baseado nos critérios de admissão da Casa, absorverá e respeitará o desejo do paciente em se tornar hóspede, que entendemos como critério de voluntariedade. Nenhum paciente ficará hospedado contra a sua vontade, respeitando os direitos a liberdade e autonomia e compreendendo o alto nível de ansiedade provocado pela doença e pelo afastamento de suas atividades de trabalho. Segundo, é a avaliação da situação social e familiar do paciente, para identificação do suporte familiar (cuidador), da diminuição da renda familiar e aumento dos gastos, da rede de atenção básica e hospitalar da cidade de origem, do grau de resistência à continuidade do tratamento; são indicadores importantes para o sucesso do tratamento e análise da contribuição do serviço social. Durante a avaliação social e familiar, o momento do acolhimento também se torna importante para o paciente e acompanhante para que todas as dúvidas possam ser sanadas. E, por último, e não menos importante, o projeto Educação em Saúde que objetiva desenvolver ações voltadas à prevenção e promoção da saúde através de reuniões semanais com a equipe multidisciplinar com abordagem de temas básicos como atividade física (fisioterapeutas), alimentação saudável (nutricionistas), higiene bucal (odontólogos), direitos dos pacientes (assistentes sociais), autocuidado (enfermeiros), os perigos da automedicação (farmacêuticos), entre outros. O projeto visa criar espaço de informação para o debate e reflexões acerca da saúde como estratégia fundamental do Serviço Social (Entrevistado D).*

As informações permitiram conceber que profissionais distintos que atuam no terceiro setor têm conhecimento das ações que são desenvolvidas pelo Serviço Social em Casas de Apoio, o que já é um avanço para categoria, que está ampliando seu espaço de trabalho e conseguindo criar identidade para a profissão.

Percebeu-se, através da fala dos entrevistados, que todas as ações supracitadas são consideradas, segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), as principais ações desenvolvidas pelo assistente social: orientações, levantamento socioeconômico, abordagem individual ou em grupo, visitas domiciliares, visitas institucionais, fazer bons registros, trabalhar com famílias, criar mecanismos e rotinas de trabalho etc.

Constatou-se que o assistente social contribui expressivamente para melhoria da qualidade de vida do paciente e para sua emancipação enquanto cidadão, através de uma prática reflexiva, como enfatiza o entrevistado C. E também percebemos que as ações desenvolvidas pelo assistente social servem como canal de comunicação entre o paciente, familiares e equipe multidisciplinar, mostrando que o trabalho no campo da saúde só se justifica em equipe.

Ao assistente social cabe realizar levantamentos, pesquisas, produzir conhecimentos e ir além do que é oferecido superficialmente, para que tenha clareza do espaço profissional que ocupa e compreenda a importância do seu trabalho. Assinalando que “[...] a prática é ato e movimento. O voltar-se permanente sobre a prática contribui para ação pensada, avaliada quanto aos seus objetivos, metas, resultados, dando visibilidade ao seu desenvolvimento” (VASCONCELOS, 2008 *apud* MACHADO, 2010, p. 84).

### 3.4 – Conquistas e desafios

Em relação às conquistas alcançadas e os desafios enfrentados pelos profissionais ou equipe nas casas de apoio, os mesmos responderam que:

*A criação de projetos de ação social; aumento de famílias atendidas pelos projetos; reconhecimento institucional e dos hospitais. O desafio é viabilizar a inserção da instituição nas redes sociais locais, além de elevar o nível de atendimento mínimo dos direitos das crianças e adolescentes portadores de câncer e de suas famílias (Entrevistado A).*

*O principal desafio é tomar a decisão de ser voluntário, depois o horizonte se expande. Não há dificuldade, há preocupação, carinho, empatia (Entrevistado B).*

*O reconhecimento e valorização por parte dos profissionais médicos e administradores da instituição, o aumento do quadro de funcionários e a abertura importante para os estagiários do Serviço Social. Continuar mostrando a*

*importância do assistente social dentro da Casa de Apoio e do Hospital do Câncer de Muriaé, através de bons registros, apresentando considerações sobre a necessidade da inovação e do agir do profissional com ações e os objetivos propostos pelo Serviço Social (Entrevistado C).*

*No meu entendimento, o principal avanço foi a elevação do cargo do assistente social para coordenador da Casa de Apoio, representando a administração do hospital. Quanto aos desafios, identifiquei dois fundamentais: incremento do voluntariado e a busca de diretrizes dentro dos preceitos da Política Nacional de Humanização. Para isso, a participação efetiva do assistente social no Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é indispensável. E o assistente social como responsável pela integração da equipe de saúde para uma atuação interdisciplinar, estreitando o relacionamento entre a Casa de Apoio e o Hospital (Entrevistado D).*

Observou-se que a principal conquista apontada é o reconhecimento da profissão; também deve-se frisar a ressalva feita pelo entrevistado D, sobre a promoção de um assistente social para coordenar e representar a administração do HCM, no que diz respeito a Casa, mostrando que o profissional de Serviço Social tem assumido cargos de destaque em instituições.

Os entrevistados B e D voltam a falar sobre a necessidade de incrementar o voluntariado, de convidar mais pessoas a aderirem esta iniciativa.

Quanto aos desafios, pode-se dizer que são cotidianos, cabendo ao assistente social mostrar sua contribuição para esses espaços, através do aperfeiçoamento de sua prática, criação de novos instrumentos de trabalho que colaborem com seu fazer profissional, buscando estabelecer novas parcerias e clarificar seu papel para os usuários e profissionais a sua volta.

*Não podemos esquecer que o cotidiano [...] é mobilizado pela contradição, sendo necessário que o assistente social consiga fazer a leitura dos projetos societários em confronto, que possa construir estratégias, que viabilize a organização da população usuária na garantia de direitos (MACHADO, 2010, p. 81).*

Faz-se necessário que este profissional compreenda que não existe um trabalho ideal, espaços perfeitos e usuários sem dificuldades. Só a partir deste

entendimento é que será possível transformar a realidade.

E, por fim, quando perguntou-se se são profissionais realizados trabalhando no terceiro setor, responderam:

*Sim. Possibilidades de trabalhar no terceiro setor e contribuir para transformação da realidade do beneficiário, promovendo a inclusão social e acesso a cidadania (Entrevistado A).*

*Como voluntário me sinto plenamente realizado. O primeiro passo é começar a enxergar a dificuldade do seu próximo, daí para o trabalho voluntário tudo fica mais fácil (Entrevista B).*

*Sim, oportunidades que a administração oferece para seus colaboradores como reconhecimento, valorização profissional e pessoal (Entrevistado C).*

Estas afirmações dos profissionais mostram que existem possibilidades positivas de trabalho no terceiro setor. Os comentários dessa pesquisa mostram a realidade de casas de apoio, constituindo importante ferramenta de referência para outras instituições e principalmente para os assistentes sociais que atuam ou têm intenção de se inserir no terceiro setor.

#### **IV – Considerações finais**

O estudo possibilitou conhecer o processo organizacional de casas de apoio para pacientes oncológicos. Constatou-se que suas estruturas físicas possibilitam aos hóspedes conforto, alimentação saudável e balanceada, e cuidados de saúde. Observou-se que uma das casas acolhedoras conta com serviços de enfermagem, com o apoio de uma equipe multidisciplinar e tem localização ao lado de um centro de referência em oncologia, mostrando que ter um atendimento rápido e próximo traz maior segurança e tranquilidade aos pacientes. Um dos fatores de destaque dessas entidades é o estreitamento dos vínculos entre o paciente, familiares e profissionais, possibilitando uma melhor intervenção.

Foi possível constatar que a sociedade civil é a grande responsável pelo custeio das casas de apoio, dando respostas aos mais desprovidos, enquanto o Estado prioriza os investimentos do capital, desmontando as políticas públicas.

Nota-se que o Serviço Social tem ampliado seu campo de atuação, do qual o terceiro setor faz parte, mostrando que o assistente social tem assumido

novos espaços sócio-ocupacionais. Apesar disso, ainda é difícil encontrarmos assistentes sociais inseridos diretamente em casas de apoio, fato que se comprova nesta pesquisa, na qual conseguimos encontrar uma entidade em que os hóspedes contam com as ações e contribuições do assistente social em seu dia-a-dia, cooperando para melhor qualidade de vida dos demandatários, garantindo o acesso aos seus direitos e trabalhando na busca pela emancipação dos mesmos.

Outra consideração analisada é como outros profissionais que trabalham no terceiro setor avaliam a inserção e ações desenvolvidas pelo assistente social, o que possibilitou mostrar que os mesmos consideram importante a atuação direta deste profissional nesses espaços contraditórios e conhecem as ações que o assistente social pode realizar.

O assistente social atuante nesse espaço se mostrou um profissional promissor, que acredita nas oportunidades, mostrando que sabe lidar com as dificuldades em meio à problemática social.

Os resultados obtidos nesta pesquisa colaboram para expandir as discussões acerca da atuação e contribuição do assistente social em casas acolhedoras, instituições que compõem o terceiro setor.

## Referências

ASSOCRIO. **A importância de casas de apoio ao paciente oncológico**. 2011. Disponível em: <<http://www.assocrio.org.br/noticias/86-a-importancia-de-casas-de-apoio-ao-paciente-oncologico>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

ANDERSON, Wil. **FAQ – Perguntas e respostas sobre o câncer**. 2000. Disponível em <<http://www.infocancer.hpg.ig.com.br/prcancer.html>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CASA RONALD MCDONALD. Disponível em: <<http://www.casaronald.org.br/casa/historico-da-casa>>. Acesso em: 30 mar. 2011.

BONFIM, Paula. **A “cultura do voluntariado” no Brasil: determinações econômicas e ideológicas na atualidade**. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAZ, Marcelo. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 78, jul. 2004.

CARRION, Rosinha Machado. Organizações privadas sem fins lucrativos: a participação do mercado no terceiro setor. **Tempo social** [online], São Paulo, v.12, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20702000000200015>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

CARVALHO, Fernando J. Cardim de. Da morte política à consagração: indagações sobre o significado da reeleição de Lula. **Novos estudos - Cebrap** [online], n. 76, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002006000300001>>. Acesso em: 04 ago. 2011.

CONASS. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_oncologica.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf)>. Acesso em: 27 mar. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde** (Versão Preliminar). Brasília, 2005. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **CONASS 25 anos**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

FELIPE, Saraiva. **Portaria n. 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>>. Acesso em: 1º abr. 2011.

FUNDAÇÃO RICARDO MOYSÉS JÚNIOR. **História**. Disponível em: <<http://www.biosweb.net/clientes/ricardomoysesjr/>>. Acesso em: 02 abr. 2011.

GOVERNO DE MINAS. **Manual de procedimentos TFD – Tratamento Fora Domicílio**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/manuais/115.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 20. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na cena contemporânea**. Disponível em: <[http://www.prof.joaodantas.nom.br/materialdidatico/material/1\\_-\\_O\\_Servico\\_Social\\_na\\_cena\\_contempor\\_nea.pdf](http://www.prof.joaodantas.nom.br/materialdidatico/material/1_-_O_Servico_Social_na_cena_contempor_nea.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2011

INCA (Instituto Nacional do Câncer). **O que é câncer**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 30 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. **Rede câncer**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/apoiogestao/site/home>>. Acesso em: 10 jun. 2011

MACHADO, Graziela Scheffer. **O Serviço Social nas ONGs no campo da saúde: projetos societários em disputa.** Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 102, abril/jun., 2010.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista katálysis** [online], Santa Catarina, v. 10, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000100003>>. Acesso em: 04 ago. 2011.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regionalização de assistência à saúde: aprofundamento a descentralização com equidade no acesso.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno%20NOAS%2002.pdf>> Acesso em: 1º abr. 2011.

MÔCO, Elaine Ferreira. **Cotidiano profissional: a atuação do assistente social no HCM; frentes de trabalho, demandas e respostas profissionais.** 2010. Trabalho de Curso (Graduação em Administração) – Faculdade de Minas (Faminas), Muriaé, 2010.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO; Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social.** São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea.** In: CFESS et al. Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Brasília: Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, 1999.

RODRIGUES, Ana. **O corte orçamentário e as políticas sociais no Governo Dilma.** Disponível em: <<http://brasiledesenvolvimento.wordpress.com/2011/02/19/o-corte-orcamentario-e-as-politicas-sociais-no-governo-dilma/>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

SANTOS, R. M; DIAS, S. M. **A vez e a voz dos acompanhantes de crianças e adolescentes com câncer da Casa Ronald Mcdonald.** Jun. 2009. Disponível em: <<http://www.oncopediatria.org.br/taxonomy/term/195>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

SAMPAIO, Micheline Pires; SAMPAIO, Aparecida Pires. Crise contemporânea: uma reflexão sobre os impasses postos ao Serviço Social no Brasil. XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 13., 2010, Brasília. **Anais...**



SIMÃO, Andréa Branco et al. A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.102, abr./jun. 2010.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.