



**FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA - RATIO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA DE FÁTIMA UCHÔA ALMEIDA

**A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AOS PACIENTES EM
TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM UM HOSPITAL DE FORTALEZA**

FORTALEZA-CE

2017

MARIA DE FÁTIMA UCHÔA ALMEIDA

A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AOS PACIENTES EM
TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM UM HOSPITAL DE FORTALEZA

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ms. Virzangela Paula Sandy Mendes

FORTALEZA - CE
2017

A447p Almeida, Maria de Fátima Uchôa.

A Prática do Serviço Social Junto aos Pacientes em Tratamento Oncológico em um Hospital de Fortaleza. / Maria de Fátima Uchôa Almeida. Fortaleza, 2017. 65 fls. Enc. Broch.

Orientador(a): Profa. Ms. Virzangela Paula Sandy Mendes

Monografia (Graduação) – Faculdade Ratio, Curso Serviço Social.

1. Sistema Único de Saúde 2. Serviço Social 3. Política pública Oncológica I. Profa. Ms. Virzangela Paula Sandy Mendes II. Faculdade Ratio, Graduação em Serviço Social III. Título

CDD 361

CDU 364

MARIA DE FÁTIMA UCHÔA ALMEIDA

A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AOS PACIENTES EM
TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM UM HOSPITAL DE FORTALEZA

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Teológica Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Virzangela Paula Sandy Mendes

Prof. Ms. Francisco de Assis Alencar Mota

Prof^a. Ms. Rosa Ângela de Brito Falcão

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me conceder a cada dia coragem e fé para seguir em frente. Também a São Francisco de Assis e Nossa Senhora de Fátima, em que sou devota e também em que acreditei para chegar até onde cheguei. Agradeço aos meus pais, por me darem a vida, e que mesmo sem terem tido a oportunidade de estudar, pois me orgulho em dizer, que, mesmo não tendo concluído nem a 4ª série do ensino fundamental, me orientaram e permitiram que eu tivesse acesso ao que eles não tiveram, sou eternamente grata pois abaixo de Deus tudo que sou devo a eles. E a toda a minha família, irmãos, irmãs, sobrinhas e sobrinhos, cunhados e cunhadas, que é onde eu me encontro como pessoa, minha fonte de apoio que busco para renovar todas as forças para seguir em frente nessa jornada. Em especial a Socorro, minha irmã, que moramos na mesma casa, e por isso sempre estive mais presente, que tanto fez durante todo o período da minha formação, foi, sem dúvida, uma das pessoas que mais me ajudou, quando não tinha tempo pra mais nada ,ela estava lá pro que precisasse.

Ao Mardônio, meu esposo, que me deu suporte em tudo que precisei, nas horas de desespero, estive do meu lado nos momentos de angústia, nas crises de existência, por medo de não conseguir, obrigado pela paciência, quando nem eu mesma tinha, com certeza teria sido muito mais difícil sem a sua contribuição.

Agradeço a Aline Mayra e Leandro, que me ajudaram nos procedimentos necessários quanto a inserção do Projeto na plataforma Brasil, e estiveram ao meu lado sempre que precisei durante esses quatro anos.

Ao Dr. Augusto que sempre me incentivou, que deveria estudar, e que ficou muito feliz quando soube da notícia de que eu tinha passado no vestibular, e sempre que eu precisei, estive pronto para me ajudar, infelizmente faleceu, mas sempre será lembrado como uma pessoa muito importante na minha vida, pois com sua sabedoria me ensinou muitas coisas, que utilizarei para a vida toda.

As colegas de trabalho e supervisora de estagio, Eloisa Damasceno e Luciana Gurgel, pela contribuição com seus conhecimentos e compreensão durante os estágios I e II e na pesquisa de campo.

Agradeço também a chefe do setor de radioterapia do CRIO, Eduvirges, que sempre que precisei estive presente, desde empréstimo de livros, pelas palavras de incentivo também.

A direção do CRIO que me cedeu o campo de pesquisa, a Manuella e Rita de Cassia, que foram à ponte até a direção, quando precisei também me foram dedicadas.

Aos colegas de trabalho, Rejane, Italo e Midian pela troca de experiência, pois também são estudantes de serviço Social e sempre estiveram prontos quando precisei.

Aos também colegas de trabalho, Helena Feitosa pelo apoio e incentivo, Meyriane, Dr. Luis Antonio, Talita, Quelinha, Eveline Vanessa, Sarah, Michele, Fabiola, Lucélia e Carol.

Meus imensos agradecimentos a mestra Virzangela Paula pela paciência e atenção, no decorrer deste trabalho. E a todos os professores e funcionários da RATIO que estiveram comigo nessa caminhada.

A todos colegas de turma que compartilharam conhecimentos durante esses anos e também contribuíram para a minha formação, em especial a Vivian, Bruno, Amélia, Samara Ivamir, Necilda e Ana Paula.

As minhas amigas, guerreiras de turma também, Alana, Aline Alves, Natalia, Daniele, Gisélia, muito obrigado pela paciência e por permanecerem ao meu lado nas dificuldades trocando experiências e me fazendo rir até nos momentos mais difíceis.

As minhas irmãs de outra mãe (amigas), Aline do Monte, Helígenes e Ilenise, pelas palavras de apoio e incentivo. Por fazer parte da minha vida e saber que posso contar com elas sempre. Aos amigos e amigas que não poderia deixar de mencionar, pois muito do que sou também teve a contribuição deles, pelas palavras de coragem incentivo e força, pra que eu pudesse crescer profissionalmente e como pessoa, Sr. João, Dona Helena, Dona Fátima, Dona Rosa (esta não esta mais entre nós), Nenzinha, Solange, Temístenes, Roselígenes e Calístenes.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo principal compreender como o Serviço Social contribui durante o tratamento de câncer dos pacientes do Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO). Nesse sentido, tem como objetivos específicos identificar as formas de enfrentamento que os pacientes usam para lidar com a doença, a partir das perspectivas do Serviço Social, bem como apontar as políticas públicas de saúde e as políticas voltadas para pacientes oncológicos e, por fim, direcionar sobre a inserção do serviço social nas políticas de saúde. Para este fim, foi realizada uma pesquisa qualitativa além da pesquisa bibliográfica e entrevista com as duas Assistentes Sociais da referida instituição. Analisaram-se, assim, suas visões sobre os objetivos propostos. Os resultados desse estudo apontam que uma das características é que os pacientes para lidar com a doença se utilizam da fé, independente da religião. Os relatos das Assistentes Sociais enfatizam a importância do apoio familiar, bem como dos profissionais que ali estão no atendimento desses pacientes. Foi relatado que a maioria dos pacientes que chegam ao setor não sabe sobre seus direitos previdenciários, bem como as dificuldades de encaminhar para realizar exames urgentes, quando estes não são realizados na instituição. A grande maioria, quando tem condição financeira, acaba realizando particular, por conta da demora, relatam as assistentes sociais. Foi identificada também a dificuldade quando surgem pacientes que não têm referência familiar para suporte nos cuidados propostos e orientações sobre como proceder. Houve também o relato de que a fragilidade das políticas de saúde em geral, que são inerentes ao próprio sistema, ou seja, ultrapassam o controle da instituição.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Política Pública Oncológica. Serviço Social.

ABSTRACT

The present study has as main objective to understand how the Social Service contributes during the cancer treatment of the patients of the Integrated Regional Oncology Center (CRIO), for this purpose, has specific objectives, to identify the forms of coping that patients use to deal With the disease, from the perspectives of the Social Service, as well as to point out the public policies of health and the policies directed at cancer patients and, finally, to direct about the insertion of the social service in the health policies. For this purpose a qualitative research was carried out in addition to the bibliographical research and interview with the two Social Assistants of said institution, thus analyzed its visions on the proposed objectives. The results of this study indicate that one of the characteristics is that patients to deal with the disease use faith, regardless of religion. The Social Welfare reports emphasize the importance of family support, as well as the professionals who are there to care for these patients. It was reported that most patients who arrive at the sector do not know about their social security rights, as well as the difficulties of forwarding to perform urgent examinations, when they do not have in the institution, the vast majority, when they have financial condition they end up performing privately, Of the delay, reports the social workers. The difficulty was also identified when patients who do not have a family reference, for support in the proposed care, and guidelines on how to proceed. It has also been reported that the fragility of health policies in general, which are inherent to the system itself, ie is beyond the control of the institution.

Keywords: Unified Health System. Public Policy in Oncology. Social Service.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS- Atenção Primária à Saúde
CEBES- Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CRIO- Centro Regional Integrado de Oncologia
CFESS- Conselho Federal de Serviço Social
DNC - Divisão Nacional de Câncer
EUA - Estados Unidos da América
FGTS- Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
INCA- Instituto Nacional do Câncer
IAPs- Institutos de Aposentadorias e Pensões
LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social
LOS- Lei Orgânica da Saúde
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social
ONU- Organização das Nações Unidas
PIS- Programa de Integração Social
PSF- Programa Saúde da Família
PASEP- Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público
PNCC- Programa Nacional de Controle do Câncer
PNC- Programa de Controle do Câncer
RAS- Rede de Atenção à Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
URSS - União das Repúblicas Socialista Soviética

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. PERCURSO METODOLÓGICO	18
2.1. Conhecendo a instituição da pesquisa de campo	18
2.2 Aproximação com o objeto de estudo	19
2.3 Imersão em campo e apresentação dos sujeitos participantes da pesquisa.....	20
3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	23
3.1 Políticas de saúde antes e depois da Constituição de 1988	23
3.2 Políticas de saúde voltadas para pacientes oncológicos	33
4. A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E NO TRATAMENTO DOS PACIENTES DO CENTRO REGIONAL INTEGRADO DE ONCOLOGIA: RELATOS DE PESQUISA DE CAMPO.....	37
4.1 Inserção do Serviço Social nas Políticas de Saúde	37
4.3 A atuação do Serviço Social junto aos pacientes oncológicos: relatos de pesquisa de campo	46
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÊNDICES	61
ANEXOS	63

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho destinou-se a analisar como se dá a prática do assistente social junto aos pacientes oncológicos no Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO), uma vez que, para a realização do tratamento, demanda toda uma estrutura social. Para que isto aconteça, surge a necessidade de apoio social como suporte para realização do tratamento proposto.

Foi realizado no Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO), que fica situado na Rua Francisco Calaça, nº. 1300, Álvaro Weyne, Fortaleza-CE. Referência em oncologia no Estado é um completo centro de assistência que tem como missão prestar assistência a comunidade. Sua fundação em 1975 deve-se ao desejo de um grupo de médicos, que partilhavam a ideia de criar um Centro, onde o paciente pudesse usufruir de um tratamento interdisciplinar, com todos os recursos humanos e tecnológicos necessários para prevenir, confirmar, diagnosticar e tratar as neoplasias. Promover um atendimento oncológico integral e humanizado, através de uma equipe interdisciplinar qualificada, proporcionando, assim, melhor qualidade de vida aos pacientes e seus familiares. A instituição tem como objetivos e metas a prestação de serviços de prevenção diagnóstica, tratamento e pesquisa de tumores benignos e malignos. Ressalta também a Política Nacional de Saúde – Lei nº 8.080/1990:

O orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em propostas elaboradas pela sua direção nacional, com participação dos órgãos de previdência social e da assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias. (BRASIL, 1990)

O serviço social é parte integrante da equipe interdisciplinar, para Bravo e Matos (2012), cabe aos assistentes sociais buscar estratégias que reforcem e criem experiências nos serviços, que efetivem o direito social à saúde, juntamente com outros profissionais, defenda o aprofundamento do Sistema Único de Saúde. O assistente social atua nos hospitais, colocando-se entre a população e a instituição, a fim de facilitar o acesso aos serviços.

Salci e Marcon (2011) afirmam que, mesmo com os avanços técnicos científicos e todos os empenhos das pesquisas em divulgar os casos de sucessos frente aos tratamentos, existe ainda no senso comum um sinal de que a pessoa com câncer está condenada à morte, pois mesmo que haja um bom prognóstico para a doença, o impacto emocional dessa correlação é soberano.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer, segunda causa de morte no país, é um grande problema de saúde pública. Câncer é o nome dado ao crescimento desordenado de células malignas que invadem os tecidos ou órgãos podendo espalhar se rapidamente para outras áreas do corpo.

Segundo estudos levantados pelo o INCA, são várias as causas de câncer no Brasil, dependem desde condições sociais ambientais políticas e econômicas, onde o individuo é inserido, até características biológicas. De acordo com o ABC do câncer aprovado pelo o Ministério da Saúde em 2011, as causas podem ser internas e externas. Sendo que 80 % a 90% são fatores externos, como substância química, radiação, cigarro, bebidas alcoólicas, exposição ao sol, alguns vírus, como outros fatores que ainda estão sendo estudados. E para fatores internos, 10% a 20% como causa do câncer, fatores estes que são hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas.

Barbosa (2014) afirma que a Radioterapia é um dos tratamentos utilizados no combate ao câncer. É um tratamento que busca a destruição das células cancerosas a partir de ondas de energia originadas de material radioativo. Realizado em um serviço de radioterapia equipado para isto, o paciente não sente dor no momento da aplicação. Durante o tratamento o paciente pode vir a sentir, dependendo do local de tratamento reações, como descamação de pele, sensação de cansaço, e alterações do apetite. Existem também os efeitos colaterais que possam surgir durante ou depois o término do tratamento até seis meses, como náusea, vômito, febre, hemorragia diarreia, dor local e queda de cabelo, etc. E os que persistem ou ocorrem após seis meses do término do tratamento, como: anemia, alterações do paladar, anorexia, mal esta geral, entre outros.

Alguns cuidados podem ser tomados para evitar riscos de complicação, como não aplicar loções ou cremes na área irradiada durante o tratamento, não coçar, não passar a unha, não arrancar a pele que esta descamada, usar apenas sabonetes neutros, evitar usar roupas justas, não expor a pele ao sol etc.

Para Rodrigues et al. (2009), há uma grande importância na detecção precoce da doença. Para isto, necessitam-se profissionais coerentes com as necessidades da atuação, pois a detecção precoce proporciona melhor qualidade de vida aos usuários. Entendem que a atenção oncológica é base essencial, tendo em vista que vem crescendo a incidência de câncer no Brasil e no mundo, tende a aumentar com o envelhecimento populacional a detecção precoce pode reduzir o índice de mortalidade da doença.

Somente nos anos 1980 e 1990, a partir da criação do Programa de Oncologia e com o processo de estruturação do Sistema Único e Saúde (SUS), com a Lei nº. 8.080/90, coube ao INCA o papel de agente de controle de câncer no país.

Foram, então, implementados os programas de controle e expansão da assistência oncológica por meio da Unidade de Assistência de Alta complexidade em Oncologia (UNACONS), que são: hospitais que possuam condições técnicas instalações físicas e recursos humanos adequados para diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil; Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACONS), tratamento de todos os tipos de câncer e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, exerce um papel auxiliar nas políticas de atenção oncológica ao gestor do SUS.

Portanto, o objetivo principal é compreender como o Serviço Social contribui durante o tratamento de câncer dos pacientes do Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO). Tem como objetivos específicos, identificar as formas de enfrentamento que os pacientes usam para lidar com a doença, a partir das perspectivas do serviço social, bem como apontar as políticas públicas de saúde voltadas para pacientes oncológicos e, por fim, direcionar sobre a inserção do serviço social nas políticas de saúde.

A temática desse trabalho foi escolhida por motivos simples: primeiro por fazer parte profissionalmente do Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO); e segundo por ser o local de realização dos estágios supervisionados obrigatórios I e II a instituição referida.

Buscamos analisar as opiniões das assistentes sociais em relação ao atendimento. Para isto, foi coletado o relato das próprias profissionais, que lidam diariamente com os pacientes, para descrever um pouco de suas experiências,

evidentemente, dentro dos limites e condições da instituição, bem como o que fazem para contribuir com a rotina de quem tem que conviver com a doença.

Acreditamos haver uma grande necessidade de discutir sobre o assunto para a sociedade em geral, já que a maioria dos pacientes nunca ou poucas vezes ouviu falar da doença, pois ainda, em geral, é pouco abordada.

Acreditamos também ser de grande importância para os estudantes de serviço social ter esse conhecimento, pois, queremos deixar um pouco para que sirva de contribuição e incentivo para o conhecimento e possibilidades de futuras pesquisas. Aproveitando essa grande oportunidade, buscamos dar o máximo de esforço na realização desta pesquisa sobre uma doença tão assustadora na sociedade brasileira atualmente, como podemos observar que é o caso de câncer hoje no Brasil. Há uma imensa necessidade de divulgar estudos sobre o assunto, pois ainda é pouco abordado diante de tantos casos que aumentam a cada dia.

A área da saúde é um meio de atuação muito presente para o serviço social. É nele que mergulhamos, analisando o quanto o serviço social tem importância na orientação desses pacientes no enfrentamento da doença. É fundamental oferecer alguma contribuição aos que necessitam tanto desses desse suporte para amenizar o sofrimento e seguir em frente nessa batalha que é enfrentar o câncer, pois, mesmo com todos os avanços da ciência, ainda muitas barreiras podem-se perceber, não só no tratamento, mas a saúde em geral muito precária na qual presenciamos no nosso país.

Ressaltamos que, durante a realização da pesquisa, pudemos crescer sim como ser humano, não só como estudante, pois não se pode prever o que buscamos sem uma mudança interna dentro de cada um. Pode ser difícil, até pode, pois trabalhar o dia inteiro em um setor no qual muitas vezes você se sente impotente diante de algumas situações de sofrimento e dificuldades enfrentadas pela nossa população, que não dependem apenas de fatores que estão dentro do nosso controle, a experiência torna-se mais intensa quando, além desse tempo continua-se em casa no tempo livre ou na faculdade pesquisando sobre um assunto que já se presencia o dia inteiro.

No início, tivemos dúvidas em relação ao tema justamente por isso, mas diante da necessidade que imaginamos que exista, por que não enfrentar um

desafio que com certeza terá grande importância, não só para os pacientes ou para nós, mas para quem mais quiser e tiver a oportunidade de se aprofundar um pouco mais no assunto? Então, decidimos dar essa contribuição para a sociedade em geral, pesquisando sobre uma temática tão pouco abordada ainda em trabalhos acadêmicos, como podemos perceber durante a pesquisa bibliográfica.

O trabalho em questão tratou-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que para Demo (1995, pp. 241-245) “está dentro do mesmo paradigma da pesquisa participante; apenas centra-se especificamente no tratamento metodológico da dimensão qualitativa da realidade social”. Há necessidade de se conviver com o objeto buscando a familiaridade, não se restringir apenas a ser visitante, é preciso vivenciar, ser aceito pelo o objeto, o produto da pesquisa qualitativa, o testemunho e a proposta. Pois como afirma Minayo (2010, p. 21):

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só o agir, mas por pensar sobre o que faz e interpretar suas ações, dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Desse modo, essa pesquisa procurou dar voz às duas profissionais do setor de serviço social, buscando compreender o cotidiano das mesmas na efetivação do exercício profissional no serviço.

Outro método utilizado para realização da pesquisa foi a de cunho bibliográfico, que Marconi e Lakatos (2010, p.169) observam a necessidade de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema “ela servirá, como primeiro passo para se saber em que estado se encontra atualmente o problema, que trabalhos já foram realizados a respeito e quais são as opiniões reinantes sobre o assunto”.

A pesquisa bibliográfica nos permite ter acesso a diversas fontes de pesquisa, como: registros em livros, teses e artigos, pesquisados na internet. Estudei o que outros autores têm a dizer sobre o tema que pretendia pesquisar, busquei contribuições de outros autores para enriquecer e dar originalidade na minha pesquisa, para isso, busquei opiniões de autores devidamente registrados.

Podemos citar alguns autores de referência desta pesquisa, como Maria Inês de Sousa Bravo Ana Maria de Vasconcelos, Andrea de Sousa Gama, Janilson Paim, que abordam política pública de saúde no Brasil. Vale ressaltar a importância de Ana Elizabete Mota, Maurilio Castro de Matos sobre prática profissional, também Raquel Raichelis sobre políticas sociais, entre outros, tão essenciais para a elaboração desta pesquisa.

Durante a realização da pesquisa foram analisados alguns documentos que tratam da temática pesquisada, tais como: na Constituição de 1988, sobre os direitos destes pacientes e os deveres do Estado na atuação da saúde pública, LOAS e SUS.

A pesquisa de campo como método de pesquisa nos auxilia a ter um estudo mais completo das problemáticas que estão sendo discutidas na pesquisa. Nessa perspectiva, Marconi e Lakatos (2010) definem como sendo o meio utilizado para adquirir informações acerca do objeto pesquisado, fatos e fenômenos. É necessário traçar objetivos que se deseja coletar.

Como afirma Minayo (2010), o trabalho de campo é utilizado para permitir a proximidade do pesquisador com realidade da pesquisa, mas também permite estabelecer uma influência mútua com os “atores” que conformam a realidade, e, assim constrói uma noção baseado na importantíssima pesquisa social. É claro que a riqueza desta etapa vai depender da qualidade da fase exploratória. Ou seja, vai depender da clareza da tese posta, do levantamento bibliográfico bem feito, que deixe o pesquisador partir do conhecimento já existente e não partir do nível primário da descoberta, das considerações bem trabalhadas que viabilizem sua operacionalização no campo e das teorias formuladas.

Conforme dito anteriormente, a pesquisa de campo foi realizada no Centro Regional Integrado de Oncologia. Referência em oncologia no Estado, este é um completo centro de assistência que tem como missão prestar assistência a comunidade. Sua fundação em 1975 se deve ao desejo de um grupo de médicos, que partilhavam a ideia de criar um Centro, onde o paciente pudesse usufruir de um tratamento interdisciplinar, com todos os recursos humanos e tecnológicos necessários para prevenir, confirmar, diagnosticar e tratar as neoplasias. Promover um atendimento oncológico integral e humanizado, através de uma equipe

interdisciplinar qualificada, proporcionando assim melhor qualidade de vida aos pacientes e seus familiares.

Nesse sentido, buscamos pesquisar a rotina das duas únicas assistentes sociais do referido centro, buscando descrever um pouco suas visões em relação aos usuários que atendem no dia a dia, como lidam com a descoberta da doença como chegam até o serviço social e de que forma consideram o apoio da família na efetivação do tratamento e como isso influencia, quando é o caso de pacientes que não as tem ou que são ausentes, como costumam agir.

Utilizamos também como instrumento de coleta de dados a observação indireta, que para Marconi e Lakatos (2010), não se restringe em ver e ouvir, mas examinar os fatos, utilizar os sentidos nos aspectos da realidade. É um elemento utilizado na pesquisa de campo que ajuda o pesquisador a avaliar os indivíduos nos seus comportamentos, exige um contato mais direto para poder identificar fatores que influenciam no comportamento, mesmo sem indivíduo ter consciência. O investigador tem um contato mais direto com o investigado.

Aplicamos método da entrevista não estruturada, segundo a qual Marconi e Lakatos (2010) dizem que o pesquisador tem liberdade para desenvolver cada situação e qualquer direção que considere adequada. É comum que as perguntas sejam abertas e possam ser respondidas dentro de uma conversa informal. Segundo Minayo (2010), a entrevista é a estratégia que mais se utiliza no trabalho de campo, pois através da conversa entre dois ou mais interlocutores se busca coletar informações a respeito do objeto de pesquisa.

Por ser aplicada na instituição, a abordagem foi realizada durante o tempo de trabalho das duas assistentes sociais. Explicamos a importância da pesquisa e como seria realizada, no caso, a entrevista foi realizada com uso de gravador para posteriormente realizar a transcrição.

Através de uma conversa, esclarecemos quais fatores seriam necessários para a participação, bem como no caso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A presente pesquisa buscou seguir as normas da Resolução nº. 510/2016, Art. 9º, que diz:

Art. 9º São direitos dos participantes:

- I - ser informado sobre a pesquisa;
- II - desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo;
- III - ter sua privacidade respeitada;
- IV – ter garantida a confidencialidade das informações pessoais;
- V – decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública;
- VI – ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei;

Além da Resolução de nº. 510, também buscamos realizar o mencionado trabalho dentro das diretrizes do Projeto Ético Político do Serviço Social e suas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, respeitando a privacidade, o sigilo absoluto, o direito de se recusar a participar da abordagem sem nenhum dano. Coube também à orientação do objeto da pesquisa quanto à participação e à importância dos mesmos para a efetivação da pesquisa.

O presente trabalho divide-se em três capítulos. No primeiro capítulo, descreveremos o percurso metodológico pelo qual buscamos conhecer a instituição da pesquisa de campo; e relata a aproximação com o objeto e a imersão em campo.

O segundo capítulo intitulado *O Sistema Único de Saúde e as políticas de saúde para os pacientes oncológicos*, destacamos: as políticas de saúde antes e depois da Constituição de 1988; e políticas de saúde voltadas para pacientes oncológicos.

O terceiro capítulo, intitulado *A prática do serviço social no tratamento dos pacientes do Centro Regional Integrado de Oncologia: relatos de pesquisa de campo*, direciona para a inserção do Serviço Social nas políticas de saúde; e a rotina do Serviço Social na oncologia, contextualizando a realidade da pesquisa. Busca compreender a rotina do serviço social diante da demanda. Examina essa atuação também com roteiro de entrevista, dando voz aos próprios profissionais, para assim compreender a atuação do assistente social na Oncologia.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. Conhecendo a instituição da pesquisa de campo

O CRIO é um completo centro de assistência criado em 1975, que atua desde a prevenção até o tratamento do câncer. Possui um ambulatório com consultas especializadas com médicos oncologistas de diversas especialidades para a prevenção e detecção precoce de neoplasias. Atua realizando o tratamento de Radioterapia, Quimioterapia, Braquiterapia e Hormonioterapia. Fica localizado na Rua Francisco Calaça nº. 1300, Bairro, Álvaro Weyne, Fortaleza- CE.

A missão da instituição é promover um atendimento oncológico integral e humanizado, através de uma equipe interdisciplinar qualificada, proporcionando, assim, melhor qualidade de vida aos pacientes e a seus familiares. Seus valores são: credibilidade, compromisso, respeito, humanização, contribuição com o conhecimento científico, qualidade, responsabilidade social e atuação ética interdisciplinar.

A instituição tem como objetivos e metas a prestação de serviços de prevenção diagnóstica, tratamento e pesquisa de tumores benignos e malignos. Ressalta também a Política Nacional de Saúde, Lei nº 8.080/1990:

O orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em propostas elaboradas pela sua direção nacional, com participação dos órgãos de previdência social e da assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

O CRIO é uma instituição privada conveniada ao SUS, então, a origem dos recursos financeiros partem, em sua grande maioria, dos convênios, das consultas particulares e dos repasses do SUS, pois uma grande parte de seus pacientes são usuários do Sistema Único de Saúde.

O Serviço Social no CRIO surgiu em 1999. Hoje atuam duas assistentes sociais no setor. Seus objetivos são intervir nas múltiplas formas de manifestação da questão social que se expressam nas limitações e dificuldades sociais vivenciadas pelos pacientes, ampliando informações, mobilizando e viabilizando recursos na

perspectiva de garantir a qualidade, direitos e humanização do atendimento, além de integrar a equipe multidisciplinar contribuindo na eficiência e otimização dos serviços.

O Serviço Social realiza suas atividades pautadas nos princípios fundamentais do Código de Ética do Assistente Social, como: reconhecimento da liberdade; defesa dos direitos humanos e recusa do autoritarismo; consolidação da cidadania; aprofundamento da democracia equidade e justiça social; eliminação de todas as formas de preconceito e discriminação.

Os assistentes sociais, independente do tipo de unidade de saúde, independente das diferenças entre os usuários e demandas, vêm seguindo uma lógica de organização do seu trabalho e estratégias de ação. Os usuários do serviço social buscam atendimento espontâneo ou encaminhado por outros profissionais da equipe, funcionários, serviços da unidade, serviços externos. Trabalham em regime de plantão como qualquer outro profissional da unidade de saúde.

2.2 Aproximação com o objeto de estudo

A minha entrada em campo se deu a partir do meu¹ estágio supervisionado I e II, em que pude observar a rotina das assistentes sociais na instituição, como desenvolviam aquele atendimento. Observei quais as demandas que chegavam à instituição e também por fazer parte do quadro de funcionários da referida instituição, gostaria de conhecer a rotina das assistentes sociais no atendimento dos pacientes do serviço.

Poderia afirmar que, como pessoa, que sei um pouco da dificuldade de conviver de perto com a doença, em alguém da família muito próximo, minha prima, vítima de um tumor cerebral. Sentimos de perto o medo e a angústia de depender do sistema de saúde burocrático que temos, para lidar com uma doença que não espera para evoluir. Percebemos a impotência, pelo curto prazo que foi a vida dela

¹ Refiro-me a primeira pessoa do singular uma vez que trata da minha aproximação com o objeto de estudo.

após a descoberta da doença, em que acabou não resistindo e infelizmente faleceu, sem que pudéssemos evitar.

A dificuldade na realização de exames, o atendimento que nem sempre é da mesma forma em cada local que se dirige em busca de algo para o paciente, e que eu mesma, trabalhando na instituição, senti dificuldades quando precisávamos nos dirigir para outras instâncias, pude imaginar a sensação de quem nunca ouviu falar da doença ou dos direitos que lhe são oferecidos por lei.

Diante do exposto, surgiu a necessidade de buscar como pesquisadora a opinião delas em relação ao trabalho desenvolvido por elas, o olhar de cada uma separadamente, para que a partir da pesquisa viesse a analisar os pontos principais em relação às demandas vivenciadas pelo o setor.

No início, o projeto seria entrevistar também os pacientes e analisar a opinião deles em relação ao trabalho desenvolvido pelo serviço social, foi necessário modificar, por conta da semelhança de outro projeto desenvolvido por outra colega de sala que também trabalha na mesma instituição. Foi sugerida a modificação e, então, realizou-se apenas com as assistentes sociais do serviço.

Desse modo, foram feitas todas as alterações em relação aos objetivos, geral, específicos e delimitação do objeto de estudo, destinando-se à opinião e ao olhar do serviço social em relação à demanda atendida no setor.

2.3 Imersão em campo e apresentação dos sujeitos participantes da pesquisa

A presente pesquisa de campo foi desenvolvida no período de março a junho de 2017, quando foi dado início à entrega da documentação e o projeto de pesquisa para a coordenadora do grupo de estudos para avaliar junto à diretora da instituição e as assistentes, para depois da assinatura e liberação da pesquisa, inserir na Plataforma Brasil.

As entrevistadas foram as duas assistentes sociais do referido centro, uma entrevistada de cada vez, separadamente, porém, no mesmo dia, de acordo com a disponibilidade das interlocutoras. A dificuldade que tivemos em realizar a pesquisa

foi por questões de tempo, pois é necessário para aguardar a aprovação da plataforma Brasil.

Interessante o ingresso ao campo de pesquisa, pois, apesar de trabalhar na instituição, o olhar é diferente quando se busca uma visão do trabalho do outro, que até então acreditava conhecer. Porém, ao acessar e observar a rotina como pesquisadora, mudei totalmente o ponto de vista em relação ao objeto de pesquisa.

Foi muito rica a minha pesquisa, em termos de conhecimentos e experiências sobre um tema em que é facilmente percebida a importância no cotidiano de quem procura a instituição. No âmbito hospitalar, essa demanda é suprida pelas assistentes sociais, que realizam suas atividades em regime de escala, de segunda a sexta-feira, sendo que a AS 1 trabalha às segundas, quartas e sextas-feiras, das 8 às 14 horas; e às terças e quintas, das 11 às 17 horas. A AS 2 cumpre seu horário das 8 às 14 horas, de terça e quinta; das 11 às 17 horas, às segundas, quartas e sextas-feiras.

A pesquisa buscou seguir as normas da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a qual diz que é necessário preservar a identidade dos sujeitos entrevistados. Para isto foram cognominadas de AS 1 e AS 2, de acordo com a ordem da entrevista.

As entrevistas aconteceram no dia 26 de maio de 2017. A primeira entrevistada cognominada AS 1, formada em 1999, natural de Fortaleza-CE, especialista em saúde pública e pós-graduada em oncologia trabalha na instituição há dezoito anos. Quando cheguei à sala do Serviço Social, para fazer as entrevistas só estava a AS 1, pois a AS 2 ainda não tinha chegado. Fiquei um pouco envergonhada no início, por medo de estar atrapalhando, ou por achar que elas não quisessem conceder a entrevista, pois, como sabemos, de acordo com a Resolução de nº. 510, há o direito de se recusar a qualquer momento de participar da pesquisa, sem nenhum dano ao participante. Porém, durante a entrevista relaxei e vi que era medo sem motivo algum, que ela estava ali com muito gosto para contribuir com que eu precisasse.

Portanto, tudo fluiu de forma tranqüila. A entrevista foi realizada por meio do recurso de gravador em meu próprio aparelho celular, para que posteriormente fosse realizada a transcrição. Foi realizada na própria sala no setor, pois nesta data

estava, digamos, um pouco mais tranquilo do que de costume, por ser uma sexta-feira pela manhã, e alguns médicos estavam em congresso, logo, os pacientes estavam em quantidade reduzida. Estavam na recepção, apenas os pacientes que vinham para o tratamento diário.

A segunda entrevistada cognominada AS 2, formada em 2005, natural de Fortaleza-CE, possui especialização em oncologia e recursos humanos, trabalha na instituição há onze anos. A entrevista foi realizada no período da tarde, já não foi possível realizar no próprio setor por conta de um ou outro paciente chegar para atendimento, além de já estarem as duas profissionais no setor, uma delas poderia se ausentar sem causar nenhuma demora no atendimento, ficando claro que a qualquer momento, se necessário fosse, saberia onde estávamos em uma sala ao lado e poderia interromper.

Senti-me, como pesquisadora, lisonjeada, por estar naquele momento conhecendo um pouco sobre as opiniões das entrevistadas, já que tive apenas uma visão diferenciada durante o período do estágio que realizei na referida instituição. Acontece que agora, como pesquisadora, aumentou ainda mais a minha admiração pela função, pois ouvir delas próprias, as opiniões em relação às dificuldades e demandas enfrentadas no setor e em relação ao que elas acham da equipe, deu-me uma visão mais ampla sobre o que imaginava que fosse.

Para interpretação de dados coletados na pesquisa foi utilizado métodos como observação simples e entrevista, com uso de gravador, além da consulta bibliográfica.

No próximo capítulo será apresentado um breve histórico do Sistema Único de Saúde a partir da ditadura militar de 1964, trazendo um breve relato acerca das políticas de saúde voltadas para pacientes oncológicos.

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS

3.1 Políticas de saúde antes e depois da Constituição de 1988

De acordo com Bravo (2012), o regime ditatorial comandado por Castelo Branco foi baseado no crescimento econômico e no empobrecimento das massas com a redução das políticas sociais. As reformas que aconteceram no período favoreciam apenas os capitalistas e, assim, o estado se submetia às regras do capital. As fundamentais medidas implementadas no período, referentes às políticas sociais, foram o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (PASEP).

Todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram integrados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Houve aumento da cobertura previdenciária para acidentes de trabalho, trabalhador rural, domésticos e autônomos. Aqueles que não contribuíam para a previdência social poderiam conseguir atenção à saúde desde que agregassem o perfil dos programas (materno-infantil, tuberculose, hanseníase, etc.), em serviços beneficentes ou, para aqueles que pudessem pagar, em consultórios e clínicas particulares.

De acordo com Paim (2009), ao lado da saúde pública, medicina previdenciária, e da saúde do trabalhador manteve-se ao longo do século passado a medicina liberal, em que o profissional tinha o poder de estipular o valor da consulta, horários e atendimentos, pois tinha propriedade dos instrumentos de trabalho. Com o passar dos anos, a medicina liberal foi sendo substituída pela medicina empresarial, pois são poucos os médicos que dispõem o emprego público ou convênios com empresas.

Na época da ditadura militar as políticas de saúde foram caracterizadas pela medicalização. Para Bravo (2009), a medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na medicina previdenciária. O setor saúde precisava assumir as condições impostas pelos capitalistas, com a inclusão das mudanças tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um decaimento

e a medicina previdenciária desenvolveu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966. A mesma autora acrescenta que:

[...] Foi implantado no país, nessa conjuntura, o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características: Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos; Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços; Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica. (BRAVO, 2009, p. 7)

Na época, com o crescimento do setor privado e crescimento da cobertura previdenciária o que era visado eram os lucros e desenvolvimento do capital. O que se percebia um crescente aumento da política assistencialista, com objetivo nos interesses do capital internacional e no acúmulo de lucros nos setores da saúde.

Para Polignano (2005), por ter priorizado a medicina curativa, o modelo recomendado foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo), os avanços constantes dos custos da medicina curativa, situada na atenção médica hospitalar, diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão no depósito do aparelho previdenciário diminuindo as suas receitas.

Ocorreu a incapacidade do sistema de atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, viam-se abandonados pelo o sistema. Houve desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte da supervisão federal, o não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário.

Para Paim (2009), a saúde no Brasil vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como

Saúde Pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho, e ainda as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial.

A priorização da medicina curativa realizadas na estrutura organizacional não conseguiu reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações medicinais, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma restringida, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde.

Paim (2009) afirma que para encarar esses problemas e democratizar a saúde no Brasil, foi reunido o movimento social, combinado por partes dos populares, estudantes pesquisadores e profissionais de saúde que sugeriram a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde. Instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), instalaram o movimento social na década de 1970, defendendo a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços, conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, ou mesmo conhecido como Movimento Sanitário.

Para Bravo (2012), nos anos de 1980, o povo brasileiro no mesmo período em que vivenciou um processo de democratização política, ultrapassando o regime ditatorial que se instaurou em 1964, experimentou uma intensa e demorada crise econômica. As desilusões com a trajetória democrática que aconteceram, principalmente, com seu movimento conservador após 1988, não se demonstrando em ganhos materiais para a massa da população.

A saúde pública, na década de 1980, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais expostas para o setor, colaborando para uma ampla disputa que permeou a coletividade. Saúde deixou de ser interesse apenas dos especialistas para assumir uma extensão política, permanecendo atrelada à democracia.

Dos personagens que ingressaram em cena nesta ocasião, destacam-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas instituições, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo pontos mais gerais como: a melhoria da situação saúde e o fortalecimento da esfera pública; o movimento sanitário, apresentando o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de propagação e aumento da disputa em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas.

Segundo Bravo (2009), as fundamentais ideias sugeridas e debatidas por esses sujeitos coletivos estiveram à universalização do acesso, a concepção de saúde bem como direito social e obrigação do Estado, a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde tendendo um intenso reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva, a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento essencial e a democratização do poder local através de novos organismos de gestão.

O fato acentuado e básico para a discussão da questão Saúde no Brasil aconteceu na elaboração e concretização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - DF. E cujo tema principal tratou a respeito de:

I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial. A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. (BRAVO, 2012,p.96)

Para Bravo (2001), significou, inegavelmente, um marco, pois adentrou no cenário da discussão da saúde na sociedade brasileira. Os debates apareceram dos seus fóruns exclusivos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e tomaram outra extensão com a participação das instituições representativas da população, moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamento.

O tema Saúde extrapolou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, sugerindo não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. O processo representado e a promulgação da Constituição de 1988 conceberam, no

plano jurídico, o juramento de afirmação e expansão dos direitos sociais em nosso país frente à grave tensão e às demandas de enfrentamento dos espantosos números de desigualdade social.

E na Constituição de 1988 fica estabelecido que:

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197 São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988)

A partir de então, passou a ser de responsabilidade do Estado a garantia da saúde de todos, bem como a redução dos riscos que fossem vistos como prejudicial à saúde, através de políticas públicas garantindo a promoção, proteção e recuperação da saúde. É importante também ressaltar que ficaram estabelecidas as seguintes diretrizes:

Art. 198 As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. § 1.º O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1.º pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000) § 2.º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000). (BRASIL, 1988)

As diretrizes determinam integralidade e organização do SUS, que passa a ser financiado com recursos da Seguridade Social entre outros, a União, os Estados e Municípios. No entanto, apesar de todas as barreiras e dificuldades encontradas para a efetivação de um sistema de saúde público e igualitário, Bravo (2006) também sinaliza as conquistas, em que a Constituição de 1988 resultou para a classe trabalhadora brasileira, como política descentralizada, dando destaque aos

municípios, pois se constitui como política universal, com semelhança as demais da Seguridade Social, como a Previdência Social e a Assistência Social.

Para que possamos entender como se dá o processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é importante citar a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes do SUS, a lei referida nos apresenta detalhadamente os objetivos e atribuições.

Os princípios e diretrizes que estão contidas na lei. Ressaltamos que é a primeira lei orgânica, que traz a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal), a participação complementar do sistema privado, recursos humanos, financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento (BRASIL, 1990).

a Lei no 8.142 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade, na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990 p.8, 1990).

Ainda nesse mesmo pensamento é importante retratar como se constroi a participação da comunidade na gestão do SUS.

Polignano (2005) destaca com avanços do sistema único de saúde o seguinte:

Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular as políticas de saúde; fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica; executar ações visando a saúde do trabalhador; participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde; realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar; participar das ações direcionadas ao meio ambiente; formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde; formulação e execução da política de sangue e de seus derivados: (POLIGNANO, 2005, pp. 23-24)

Apesar da lei que obriga o governo a assumir as políticas de saúde para o controle de recuperação da saúde, como comenta o autor, ainda há muitos desafios para serem enfrentados.

Retomando o pensamento de Bravo (2009), apesar de juridicamente o SUS estar organizado e configurado como uma grande importância de garantia de direitos a saúde, de estar estruturado na Constituição Federal, várias questões ainda se colocam para ser realmente efetivado esse direito que foi constitucionalizado. No campo político, a execução do direito à saúde encara três grandes desafios atualmente. O primeiro é relacionado ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde. O segundo guarda semelhança com a forma como são proporcionados os serviços públicos de saúde, diretamente ou por meio de terceirização de serviços. O terceiro menciona se os problemas de tensão entre os três indivíduos federativos, também responsáveis pelos cuidados com a saúde no país.

Santos (2010) afirma que, com a Constituição, o Estado é responsável por organizar um conjunto de ações que visem à redução dos riscos de doenças e qualquer outro agravo a saúde, para isto a Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde (SUS), garantia constitucional do direito a saúde, trata-se de um sistema que determina, harmoniza, associa e estabelece as ações desenvolvidas por várias instâncias de Direito Público no Brasil, como o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde, as agências reguladoras, entre outras.

No período de 1991 a 1994, com a eleição do Fernando Collor de Mello, é implementada com um completo entusiasmo uma política neoliberal-privatizante, com um discurso de restringir o Estado ao mínimo. Apesar de que, no discurso, as limitações dos gastos públicos precisassem ser atingidas, na prática, a redução de gastos atingiu todos os setores do governo, com inclusão da saúde.

Neste mesmo período o governo dar início as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), que são órgãos normativos com o objetivo de regular a passagem de recursos financeiros da união para estados e municípios, o

planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, entre diversos outros. A primeira NOB foi editada em 1991. Essas normas foram criadas com o intuito de fiscalizar os recursos repassados para os estados e municípios (POLIGNANO, 2005).

Nogueira e Mioto (2009) chamam a atenção quando afirmam que não é possível falar em necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural, afirmam que o atendimento das necessidades de saúde remete ao atendimento das necessidades humanas básicas, destaca a alimentação, habitação, água potável e saudável, necessários aos cuidados primários de saúde, esse salto nas condições de vida não é automático nem tão pouco tem sido garantido ao longo dos anos.

Percebe-se que as necessidades citadas acima deveriam ser prioridade dos nossos governantes, já que não é possível se falar em saúde sem ter o mínimo para que um ser humano possa ser saudável em um ponto de vista básico, e muitas pessoas não conseguem manter em sua família esse mínimo, gerando então vários agravamentos decorrentes disto, imagine com uma doença em que todas as estruturas existentes vão por água abaixo, com direito à assistência, se não tiver então torna-se mais difícil ainda a situação, de se encontrar com familiar na situação de vulnerabilidade sem o aparato devido das políticas públicas.

Segundo Polignano (2005), apesar das dificuldades enfrentadas pode-se alegar que na condição da atenção primária, o SUS proporcionou avanços significativos na esfera pública, porém, encara dificuldades graves, no âmbito privado, o qual detém a maioria dos serviços a níveis secundário e terciário. Estas divisões não se preocupam em agregar o modelo recentemente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços.

Os serviços oferecidos pelo o Sistema Único de Saúde podem ser divididos em três níveis de atenção: Primária, Secundária e Terciária. De acordo com a Portaria nº. 2.488, de 2011, do Ministério da Saúde que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

a Atenção Primária à Saúde se refere a um conjunto de ações em 17 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A ATENÇÃO À SAÚDE ORGANIZADA

EM REDES saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011)

A referida Portaria visa à garantia dos cuidados básicos necessários à saúde, com vistas à autonomia dos usuários na efetivação da saúde para todos.

A Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, é caracterizada pelo desenvolvimento das relações horizontais entre os pontos de atenção com o meio de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como foco as necessidades em saúde da população, pela responsabilidade na atenção continuada e absoluta, pelo cuidado profissional e pelo compartilhamento de objetivos e obrigações com os resultados sanitários e econômicos. Estabelece diretrizes para a coordenação da Rede de Atenção à Saúde na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS). O documento trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

A Atenção Básica (também conhecida como Atenção Primária) são ações que acontecem na figura de trabalho em equipe e são conduzidas a populações de regiões bem delimitadas. Utiliza-se de tecnologias de elevada um complexo elevado com o intuito de solucionar os problemas de saúde de máxima relevância em cada região (Portaria SAS/MS nº. 648/2006 – Política Nacional de Atenção Básica).

A atenção básica inclui uma gama de procedimentos mais simples e comuns, porém, capazes de acolher a grande maioria dos problemas corriqueiros de saúde do grupo, mesmo que sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam exigir estudos de alta complexidade teórica e intensa informação baseado na experiência dos fatos.

Atenção Especializada de Média Complexidade (também conhecida como Atenção Secundária) é composta por ações e serviços que tem em vista acolher os principais problemas e agravos da saúde da população, cuja complexidade da

assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização dos recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Procedimentos de média complexidade que podem ser citados são cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomia patológica e citopatologia, radiodiagnóstico, exames ultrassonográficos, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses, anestesia e procedimentos especializados, realizados por médicos ou outros profissionais de níveis superior e médio.

A Atenção Especializada de Alta Complexidade (também conhecida como Atenção Terciária), Na mesma linha de definição dos níveis de atenção, a alta complexidade é percebida como um conjunto de métodos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços considerados essenciais, se integra aos outros níveis de atenção à saúde citados anteriormente.

As fundamentais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são: Assistência ao paciente oncológico; assistência ao paciente portador de doença renal crônica; cirurgia cardiovascular, vascular e cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia, procedimentos de neurocirurgia; assistência em cirurgia de implante coclear; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva e reprodução assistida.

Os pacientes oncológicos que fazem parte desse estudo geralmente são atendidos na atenção Terciária. No item seguinte será realizada uma breve explanação sobre as políticas de saúde voltadas para pacientes oncológicos.

3.2 Políticas de saúde voltadas para pacientes oncológicos

De acordo com o Decreto Presidencial nº. 7.336, de 19 de outubro de 2010, compete ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), entre outras atribuições, participar da formulação da Política Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer. O INCA coordena a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que contempla as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de câncer, a ser implantada em todas as unidades federadas de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o termo câncer é empregado para representar de forma geral um conjugado de mais de cem moléstias, que abrangem neoplasias malignas de localizações diversas, sendo responsável por cerca de 17% dos óbitos por causa conhecida ocorridos no Brasil. Deve-se destacar o caráter múltiplo da doença, com apresentação de aparições variadas, diversas taxas de letalidade e sobrevida, assim como diversas formas de abordagens clínicas e preventivas. Há tipos de câncer com melhor prognóstico, como é o caso dos tumores de pele não melanoma, mama feminina, colo do útero, cólon e reto, e próstata. Outros tipos de câncer exibem taxa de sobrevida relativamente baixa, assim como é o caso do câncer de pulmão e de estômago.

De acordo com Teixeira et al. (2012), a primeira década do período da ditadura militar, a política em relação ao câncer procurou reforçar as ações médico-hospitalares por meio da compra de serviços privados pelo Estado, no âmbito da medicina previdenciária. A partir de 1969, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), desenvolveu a aquisição de serviços privados em clínicas e hospitais. No campo da Oncologia, essa prática representou a principal atuação do Estado perante a doença e, embora permitisse a ampliação do número de tratamentos em oncologia, mesmo assim o fazia de forma ineficiente e descoordenada.

Segundo Teixeira et al. (2012), nesse período, na esfera institucional não ocorreram maiores mudanças na organização do domínio de câncer. Apesar da ampliação e reformulações, como a criação da Campanha Nacional contra o Câncer, em 1967, e a transformação do Serviço Nacional de Câncer em Divisão Nacional de

Câncer (DNC), em 1970. As ações versus a moléstia não se estenderam. Muito pelo contrário, diminuíam com a continuação da crise econômica dos primeiros anos pós-golpe, determinaram a redução das verbas dirigidas à doença. Tal conjuntura era recriminada claramente pelos cancerologistas que, em 1968, anunciaram um manifesto na Revista Brasileira de Cancerologia, requerendo ao governo uma nova terapêutica para o assunto, especialmente no que tratava da importância aos recursos para sua prevenção e tratamento.

Em 1973, foi instituído o Programa Nacional de Controle ao Câncer (PNCC). Com o objetivo de coordenar as obras referentes ao câncer em âmbito nacional, agregando as atividades do Ministério da Saúde e da Previdência Social.

Em 1975, com o objetivo de ampliar a cobertura previdenciária ao câncer e dar maior consistência ao seu controle, o Ministério da Previdência Social criou um novo programa. O Programa de Controle do Câncer (PCC) buscava ampliar a integração entre as ações de prevenção e de tratamento no âmbito da medicina previdenciária. Em 1980, com a ampliação das dificuldades econômicas decorrentes da crise do petróleo, o câncer voltou a integrar a rotina dos serviços de saúde. De acordo com o mesmo autor, as mudanças que ocorreram na área da saúde, que se concretizaram na Constituição de 1988, ao consagrá-la como direito de todos e responsabilidade do Estado, e culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde, em 1990, por meio da Lei nº. 8.080, influenciam intensas mudanças no INCA. O processo de revitalização institucional, que teve início na década de 1980, com sua maior participação no campo da formulação de políticas, ampliou-se a partir desses novos acontecimentos e o Instituto assumiu o cargo dos programas que antes eram do Ministério.

A partir de 1989, o Instituto passou a coordenar o Programa Nacional de Combate ao Fumo que, a partir de então, teve um enorme desempenho na ação de criação de uma política antitabagista no país. O Instituto também preparou campanhas educativas de prevenção e detecção precoce de outros cânceres, e passou a coordenar as ações desenvolvidas pelas secretarias dos Estados.

Em 1990, o ProOnco foi transferido para o INCA, aumentando sua habilidade de ação e passando a se concentrar nos campos da informação, educação e prevenção. Em sua ação, buscava a integração com secretarias municipais e

estaduais de saúde, serviços e hospitais de câncer, instituições e também com a sociedade civil.

Segundo o INCA, em 1998, um grande marco na política de controle do câncer foi à estruturação das unidades hospitalares que proporcionavam acolhimento ao paciente oncológico, por meio da publicação da Portaria nº. 3.535, em que foi considerada a obrigação de:

a) garantir o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas; b) estabelecer uma rede hierarquizada dos Centros que prestam atendimento pelo SUS a esses pacientes e; c) atualizar os critérios mínimos para o cadastramento desses Centros de Alta Complexidade em Oncologia. Na época, instituídos os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), eles foram classificados da seguinte forma: 1- Centro de Alta Complexidade em Oncologia I – hospitais gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil (de pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, além dos tumores linfo hematopoiéticos e da infância e adolescência). Caracterizam-se por disporem de recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e prestarem atendimento ao paciente sempre numa perspectiva multiprofissional integrada. 2- Centro de Alta Complexidade em Oncologia II – foram classificadas as instituições dedicadas prioritariamente ao controle do câncer, desenvolvendo ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil, em todas as modalidades assistenciais. Caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais são diretamente responsáveis. 3- Centro de Alta Complexidade em Oncologia III – instituições dedicadas exclusivamente ao controle do câncer, desenvolvendo ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de qualquer tipo e localização de neoplasia maligna, em todas as modalidades assistenciais. Caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos próprios. (INCA, p. 90)

A referida portaria entre várias outras obrigações visava à garantia do atendimento aos pacientes com câncer, atualização do cadastro nos centros de alta complexidade em oncologia para desenvolver as ações de prevenção e detecção precoce da doença.

Teixeira et al. (2012), diz que a Política Nacional de Atenção Oncológica, estabelecida por meio da Portaria nº. 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005, em acordo com as diretrizes e estratégias de democratização institucional, instituídas no âmbito da construção do SUS, promove a descentralização e a valorização da responsabilidade entre a rede de serviços e as equipes profissionais, visando a integralidade da atenção em Oncologia.

Segundo o INCA a Portaria nº. 2.439, de 8 de dezembro de 2005, anunciada pelo Gabinete do Ministro da Saúde, estabelece a Política Nacional de Atenção Oncológica que visa a: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, devendo ser inserida em todas as unidades federativas, respeitando as autoridades das três esferas de gestão. Essa portaria levou um ano para ser construída. Várias entidades se fizeram presentes nessa elaboração, entre as quais:

1-Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer (ABIFCC).Confederação Nacional das Misericórdias (CNM).Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).Departamento de Assistência Especializada – Coordenação Geral de Alta Complexidade (SAS).Instituto Nacional de Câncer (INCA). 2- Ministério da Saúde.3-Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO). 4-Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). 5-Sociedade Brasileira de Radioterapia (SBRT). (INCA pp.91-92)

Essa construção acarretou legalidade à proposta de formar uma Política Nacional de Atenção Oncológica, devendo ser constituída de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios.

No próximo capítulo será apresentado como se dá o processo de inserção do serviço social nas políticas de saúde, bem como apresentar a instituição da pesquisa de campo e mostrar também os relatos da pesquisa de campo.

4. A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E NO TRATAMENTO DOS PACIENTES DO CENTRO REGIONAL INTEGRADO DE ONCOLOGIA: RELATOS DE PESQUISA DE CAMPO

4.1 Inserção do Serviço Social nas Políticas de Saúde

De acordo com Matos (2013), o Serviço Social é uma carreira que se particulariza na divisão social e técnica do trabalho. Deste modo, este ofício passa a existir no trânsito do capitalismo concorrencial para o monopolista, em que frente à expressão da questão social fez-se necessário um profissional que lidasse com as suas expressões.

Assim sendo, mesmo que o Serviço Social tenha características favoráveis construídas pelos seus pioneiros, está longe dessa profissão ser fruto somente da vontade destes. Muito pelo contrário, o Serviço Social, da mesma forma que as outras profissões, só nasce e continua por apresentar um papel a ser desenvolvido na classe social e técnica do trabalho.

Para Iamamoto (2009), o Serviço Social se amplia incluso em um padrão de desenvolvimento do pós-guerra, nos "trinta anos gloriosos"², que assinalaram uma extensa ampliação da economia capitalista sob a hegemonia do capital industrial. A expansão industrial, liderada pelo o padrão fordista-taylorista³ expande o acúmulo de capital provocando excessivas verbas das quais é destinada para o Estado para o financiamento de políticas públicas, colaborando assim para a socialização dos custos de produção de força de trabalho.

² A melhoria do padrão de vida europeu ocorreu em curto espaço de tempo (1945-1975). Nesses chamados "trinta anos gloriosos", foram firmados pactos entre "capital e trabalho". A reconciliação desses interesses opostos foi sustentada pelas políticas econômicas que visavam crescimento e pleno emprego e pelas instituições do "welfare state". A questão social passou a ser vista como "direito humano". A "seguridade social" prevaleceu sobre a lógica privada do "seguro". Disponível: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaio/18645-os-anos-gloriosos.shtml>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

³ Tanto o taylorismo quanto o fordismo tinham como objetivos a ampliação da produção em um menor espaço de tempo e dos lucros dos detentores dos meios de produção através da exploração da força de trabalho dos operários. O sucesso desses dois modelos fez com que várias empresas adotassem as técnicas desenvolvidas por Taylor e Ford, sendo utilizadas até os dias atuais por algumas indústrias. Disponível em: < <http://brasilescola.uol.com.br/geografia/taylorismo-fordismo.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

A política Keynesiana,⁴ direcionada ao “pleno emprego” e a conservação de um modelo salarial capaz de sustentar o poder de compra dos trabalhadores, sugeriu o reconhecimento do movimento sindical em suas lutas por reivindicações políticas e econômicas.

Ainda em Lamamoto (2009) a profissionalização do Serviço Social implica a extensão da produção e das relações sociais capitalistas, impulsionadoras do desenvolvimento e da urbanização, onde nasce a “questão social”, a ação dos operários por seus direitos envolve a cena política, passa a exigir do Estado sua importância no meio público.

Assim surgem as bases em que vai sustentar o mercado de trabalho para o assistente social. O estado e a conjuntura burguesa transformam-se em um dos caminhos para a qualificação profissional, onde o próprio poder a legitima deixa de ser visto como caridade para ser fundamental na garantia de direitos, não mais sendo como mecanismo de filantropia, fazendo parte dos setores empresariais. Como podemos observar em Matos (2013, p. 57):

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o Assistente Social foi identificado, em conjunto com outros profissionais, como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor do trabalho era a figura do médico. Daí, muito ter se usado na época a categoria de ‘paramédico’ para os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde. Aparentemente não se tinha um objetivo próprio, para os ‘paramédicos’, ficando a sua atuação para aquilo que o profissional da medicina delegava, que era o que este julgava não ter capacidade ou não queria fazer. Contudo, estamos nos referindo à uma época específica, década de quarenta, quando o serviço de saúde estava sendo construído no país e o campo do conhecimento das outras áreas também se pautavam em pressupostos positivistas.

Desse modo, o Serviço Social insere-se na saúde por meio do modelo médico clínico, foi visto como uma profissão que poderia contribuir com aquilo que o médico não pudesse realizar e assim aprimorar o trabalho do médico surgiu para complementar o que o médico sugerisse. Os (as) assistentes sociais seriam

⁴ O keynesianismo é uma teoria econômica do começo do século XX, baseada nas ideias do economista inglês John Maynard Keynes, que defendia a ação do estado na economia com o objetivo atingir o pleno emprego. Disponível em: <<http://www.suapesquisa.com/economia/Keynesianismo.htm>> Acesso em: 20 jun. 2017.

chefiados por ele. Vale ressaltar que esse período refere-se à década de 1940 em que a saúde estava sendo implantada no país.

O autor acrescenta que a década de 1950 é apontada no Brasil e na América Latina como o período do desenvolvimentismo. Este se estabeleceu em uma tática gerada pela Organização das Nações Unidas (ONU), com o intuito de travar prováveis movimentos de libertação nacional dos países subdesenvolvidos, diante da iminência do comunismo representada pela Guerra Fria⁵, polarizada entre EUA (Estados Unidos da América) e URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas).

No Brasil, ilustração do desenvolvimentismo foi no governo de Juscelino Kubitschek com o juramento de fazer crescer o país. Os assistentes sociais também participaram desse ponto de vista progressista, mas apenas no início dos anos de 1960, pois em 1950, assistentes sociais trabalhavam sob o ponto de vista da política desenvolvimentista, por meio da adoção do planejamento tecnocrático, espontaneamente, este Serviço Social não teve inclusão na saúde, pois na época se compreendia esta atuação restringida à instituição médica.

Para o autor, é a partir dos 1960 que surge no Brasil e na América Latina um movimento interno à profissão. Este foi conhecido como movimento latino-americano de reconceituação do Serviço Social, que se desenvolveu de modo diferente em cada país, devido a um conjunto de fatores dos quais é destacada a conjuntura política de maneira especial derivada dos golpes militares vivenciados nos anos de 1960 e 1970. É apenas a partir dos anos 70 que o Serviço Social brasileiro passa a enfrentar disputas mais importantes no seio da profissão. Também há a necessidade de remetermos ao processo de renovação do Serviço Social brasileiro e, sobretudo, à importância da tendência “intenção de ruptura”⁶.

⁵ Guerra Fria é o nome utilizado para falar do cenário político internacional no período após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), quando Estados Unidos (EUA) - capitalista - e União Soviética (URSS) - socialista - polarizaram as relações internacionais. A expressão guerra fria define bem a situação existente naquele contexto porque as duas potências não chegaram a se enfrentar diretamente em um conflito armado. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/historia/guerra-fria/>>. Acesso: 20 jun. 2017.

⁶ Segundo J. P. Netto, a intenção de ruptura foi desenvolvida na Universidade Católica de Minas Gerais, que por sua vez critica o tradicionalismo e seus suportes ideológicos, metodológicos, visa romper com tradicionalismo para que possa estar dando respostas adequadas às demandas do desenvolvimento brasileiro, surgindo assim também documentos que colocaram em pauta a necessidade de romper com o tradicionalismo, com a forma empírica de envolvimento dos profissionais do serviço social. <http://docslide.com.br/documents/segundo-jose-paulo-netto-o-processo-de-renovacao-do-servico-social-constitui-em-tres-momentos-de-ruptura.html>.

Segundo Carvalho et al. (2007), o salto quantitativo para a inserção do assistente social na área da saúde deu-se no final da década de 1960, período em que ocorreu a aliança dos Institutos de Pensão (IAPS) e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este último, e, posteriormente, o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS) agruparam o cuidado médico, no contexto, o Serviço Social se estruturou de forma estabelecida e passou ganhar corpo na área da saúde.

Para o autor é importante também citar o “Congresso da Virada” que ocorreu em 1979, III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado nos dias 23 a 28 de setembro, promovido pelo Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS), conhecido hoje como Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em São Paulo. (CFESS, 2009). Grande marco na história do Serviço Social Brasileiro, a realidade em sua extensão conflitante torna-se o chão histórico cheio de exemplos cotidianos por meio do protagonismo das batalhas da classe trabalhadora e dos sujeitos profissionais que passaram a perceber as necessidades demandadas e vivenciadas pela população, o movimento da categoria dos trabalhadores se formam e se constituem em busca de defesa de seus direitos, é nesse contexto em que o Serviço Social rompe com a ditadura militar e assume-se enquanto classe trabalhadora.

Para o autor, no início da década de 1980, ocorreram grandes alterações no cenário político sanitarista brasileiro, com o processo de democratização política do país, a crise fiscal do Estado, a falência do modelo de atenção à saúde que preconizava ações puramente curativas e ascensão de novos atores sociais no cenário político nacional. Brotaram as classes para a manifestação do Movimento Sanitário, que sugeria modificação no conceito saúde, atribuindo a este, decisões sociais, históricos, econômicos e no fazer ético-político dos profissionais, procurando redesenhar o processo de informação social nas determinações sobre o sistema de saúde.

Em Carvalho (2007) o projeto de Reforma Sanitária, que influenciou a formatação do Sistema Único de Saúde no seu aspecto legal, parte da percepção compreensiva da saúde e do papel do Estado na prestação dos serviços. Assim, dos seus princípios básicos, destacamos a universalização, a descentralização, a hierarquização, a integralidade, a regionalização e a participação popular.

O projeto da reforma sanitária vem exibindo como demandas que o assistente social trabalhe nas seguintes questões como, democratização do acesso às unidades e aos dispositivos de saúde, estratégia de aproximação das unidades de saúde com a realidade do trabalho interdisciplinar, destaque nas abordagens grupais, promoção democrática às informações e estímulo à participação popular.

A partir daí, o cuidado a saúde passa a ser organizado de forma a garantir e preservar esses princípios, e procura operacionalizar uma coerente forma de atendimento, que prioriza a atenção básica, e tem como tática os programas de atenção principal, dentre estes, o Programa Saúde da Família (PSF). Observamos também que o novo exemplo de percepção de saúde com base no SUS acende um novo leque de chances profissionais, constituindo o trabalho grupal em saúde com base na colaboração.

Carvalho et al., (2007, p.2) chama a atenção para a valor do trabalho coletivo em saúde, discute os conceitos e categorias admiráveis como: “cooperação, a evolução do conceito saúde nas últimas décadas, trabalho, atuação profissional, família e relações sociais”. Para o autor dessa forma a entrada do Assistente Social na área de saúde são temas que preocupam aqueles que compõem as instituições de saúde. O autor acrescenta que:

O trabalho coletivo na área da saúde pública envolve sérias e conflitantes questões que estão intrinsecamente ligadas a mudanças conceituais, históricas, na atuação de diversos profissionais junto ao processo saúde-doença e no estabelecimento do próprio Sistema Único de Saúde - SUS, que garante a saúde como direito de todos. Da mesma forma, o trabalho do Assistente social na área da saúde relaciona-se com as condições históricas a partir das quais se desenvolve a política de saúde, à dinâmica do trabalho coletivo e atuação profissional junto ao setor saúde. (CARVALHO et al., 2007, p.4)

O autor ressalta a importância do trabalho coletivo em saúde para maior efetivação dos direitos quanto aos cuidados dos pacientes, pois estão relacionados com toda a equipe para uma melhor atenção.

O Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº. 218/ 97, que regulamenta as profissões de Saúde no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, considera reconhecer como profissionais de saúde:

assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

O Conselho Nacional de Saúde surge com o objetivo de adaptar a promoção à saúde como direito de todos e dever do Estado, através de uma concepção estendida da relação saúde/doença, como resultado da qualidade de vida e do trabalho, bem como, o acesso igualitário dos serviços de promoção e recuperação de saúde.

Não se pode mencionar o Assistente Social, assim como as demais profissões da área da saúde que demandam de legislação própria, sem citar a Lei nº. 8.662/93 CFESS, que regulamenta a profissão, que tem como princípios fundamentais:

Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; Código de Ética Princípios Fundamentais 24 VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física. (CFESS, 2011).

O Serviço Social, como as demais profissões, devem buscar seguir seus princípios de acordo com a regulamentação do exercício profissional, na tentativa de garantir os direitos dos usuários, agindo assim com autonomia profissional, sem

discriminação na defesa dos direitos, com compromisso, empenho em suas atividades, a favor da equidade.

Segundo Vasconcelos (2003), na saúde, os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados escassos, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma simples alteração do trabalho institucional, prossegue enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e formada ocupação no aparelho do Estado pelas esferas progressistas da profissão. O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e superioridade de exercícios individualizados.

A autora ressalta que o assistente social, precisa se aproximar cada vez mais, não só da lógica da Política Nacional de Saúde, mas também da informação acerca das subjetividades dos atores submergidos em seu cotidiano. Da mesma forma, deve também procurar ir a fundo na compreensão do significado do seu trabalho, dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde e do Programa de Saúde da Família, dos projetos associados em disputa na área da saúde, e principalmente defender os direitos da sua clientela.

Ainda de acordo com a autora os Assistentes Sociais nas suas mais diferentes aptidões precisam compreender e considerar as desigualdades sociais colocadas no contexto dos serviços de saúde, lembrando-se das manifestações da questão social neste contexto. Assim, neste momento, ao considerar esses fatores, dos indivíduos possuidores dos direitos relativos à saúde, não os culpar por estar nas condições de vida e de saúde que se encontram, e sim compreender em uma visão de totalidade a realidade por eles confienciada.

Por outro lado, o CFESS (2009) considera que o Código de Ética da profissão apresenta instrumentos indispensáveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde e por completo nas suas extensões, na prestação de ocupações diretas à população brasileira, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social. Outro fator admirável na inserção do assistente social na saúde é fortalecimento do projeto ético-político profissional no cotidiano do trabalho do

assistente social, desafiando constantemente na perspectiva de ampliação dos sujeitos sociais.

Outra questão pertinente ao Serviço Social na saúde é compreender a dualidade entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista. Bravo e Matos (2006) consideram na atualidade dois projetos em disputa, o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista, ora o governo favorece o primeiro ora mantém a focalização no segundo. Na saúde pode se perceber claramente essa descrença das políticas públicas.

Ainda existem na categoria dos assistentes sociais, profissionais que ao realizarem formação em saúde pública não mais se identificam como assistentes sociais, estes passam a exercer outra atividade, deixando, assim, de agir dentro da área para a melhor efetivação do exercício da profissão, isso torna fragmentada a ação do assistente social, já que não é necessário apenas conhecimento subjetivo nas necessidades dos usuários. O serviço social precisa está articulado com outros segmentos, que reformulem estratégias, busquem criar experiências nos serviços de saúde, busquem efetivação dos direitos de saúde, etc.

Apesar das dificuldades e obstáculos, Raichelis (2011) entende que o assistente social vem fazendo uma rica trajetória de lutas e resistência efetuando bem seu trabalho com a população, apesar do enfraquecimento das instâncias públicas e das limitações institucionais encontradas no cotidiano, na execução de seus esforços para garantir os necessários e possíveis atendimentos aos usuários.

Porém, para obter maiores avanços, é imprescindível a articulação dos conselhos de direitos tutelares e de gestão, os fóruns e órgãos de defesa dos direitos, o poder judiciário, o Ministério Público, as defensorias e ouvidorias públicas. Pois o serviço social depende desses órgãos para execução de suas atividades com maior precisão.

Para Vasconcelos et al. (2012), cada direito social só é possível mediado e articulado aos demais direitos numa perspectiva de seguridade social ampliada, o que exige do assistente social considerá-los sempre no seu conjunto, independente da área temática onde realiza suas ações.

No âmbito do sistema de saúde público e particular, na maioria das vezes, as ações de saúde não tem assegurado os direitos garantidos pela constituição e leis complementares revelando, no decorrer destes últimos quinze anos, mais perdas do que ganhos, como demonstra o quadro de saúde da maioria da população brasileira. A direção dada pelos profissionais a prática na saúde tem demonstrado com frequência um desprezo pelas ações de educação e saúde, pela organização da participação no controle social dos serviços prestados, ou seja, pela participação dos trabalhadores na formulação e execução de políticas públicas e na elaboração de planos programas e projetos municipais como garantidos na lei. (VASCONCELOS et al., 2012, p.52).

De acordo com o CFESS (2009), o Serviço Social na Saúde deve fortalecer o Projeto de Reforma Sanitária, colocando a saúde como direito de todos e dever do Estado. Este projeto está em conflito com o projeto de saúde privatista.

As forças conservadoras que fortalecem o projeto privatista rebatem sobre o Serviço Social na saúde partem de profissionais que ao se especializarem passam a habitarem-se como sanitaristas, pois findam exercendo outras atividades distanciando da ação do Assistente Social, que precisa passar pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo de saúde/doença e a busca para o enfrentamento destas questões.

Neste sentido, o profissional do Serviço Social deve, através de seu conhecimento teórico-metodológico das diferentes expressões da questão social na área da saúde, criar elementos para que os usuários (cidadãos em geral) possam adquirir consciência de seu direito à saúde e compreendam-na como obrigação do Estado em provê-la, como também fortalecer o caráter público das ações e serviços de seguridade social.

Este profissional deve efetivar a promoção, prevenção, proteção, como está posto nos princípios do SUS, necessitando realizarem também trabalhos educativos com a comunidade, fortalecendo as ações e serviços de atenção básica, pois estes são portas de entrada do sistema de saúde. O Assistente Social deve designar espaços coletivos para a democratização de subsídios e conhecimentos, a fim de desenvolver uma prática reflexiva e crítica desse processo de promoção da saúde e prevenção de doenças que possam acontecer.

Essas ações não devem se restringir aos usuários dos serviços, mas também aos profissionais da saúde de uma forma geral. O profissional do Serviço Social deve integrar-se aos demais profissionais, trabalhando com uma equipe multiprofissional da saúde para que juntos consigam proteger o Sistema Único de

Saúde e estabelecer táticas para a afirmação dos direitos a saúde (CFESS, 2009). Nesse sentido, apresentaremos a seguir os resultados da pesquisa de campo, a atuação do Serviço Social junto aos pacientes oncológicos.

4.3 A atuação do Serviço Social junto aos pacientes oncológicos: relatos de pesquisa de campo

O serviço Social na área hospitalar tem a sua rotina marcada por inúmeras demandas, que vão desde busca por solução no que se refere ao atendimento, facilitar marcação de consultas e exames, pedido de internamento, alta, transferência, queixa em relação à qualidade do atendimento e/ou do não atendimento, relações com a equipe, falta de medicamento, entre outros.

As atuações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais precisam cruzar o caráter emergencial e burocrático, porém, essas impossibilidades são criadas com a contra reforma na saúde, que não viabiliza o SUS constitucional, ocasionando, diariamente diversas demandas operativas (CFESS, 2009).

De acordo com as Assistentes Sociais entrevistadas, o Serviço Social no CRIO também tem no seu cotidiano algumas demandas nesse sentido, ou seja, para a AS 1 quanto às principais demandas que chegam ao serviço social ela relata que:

São pacientes portadores de câncer, que chegam para o tratamento de outros municípios e estados, da própria cidade de fortaleza, que vem trazendo consigo, além da doença, outras demandas, que são problemas sociais, financeiros e familiares, então quando esses pacientes chegam, eles normalmente procuram o setor pra terem maiores informações acerca do tratamento, pra orientar, pacientes que vêm de fora, problemas com transporte, paciente que não tem onde ficar, pra gente poder encaminhar para casas de apoio, agente tem uma casa de apoio dentro da instituição também, pacientes que precisam de exames, de internação, de orientação quanto ao tratamento aos esclarecimentos, onde procurar esses exames, como fazer como entrar no sistema, a questão de viabilizar esses recursos, a fim de que o paciente tenha as orientações e as demandas bem esclarecidas e resolvidas. (AS1)

De acordo com a fala da Assistente Social, percebe-se que, ao chegarem de outros municípios para a realização do tratamento, é necessário todo um suporte quanto à hospedagem durante o tratamento, que varia de acordo com o diagnóstico.

Então, nesse momento é necessária atenção com o paciente e também com o familiar, por conta da fragilidade que se encontram no momento, devido a todo um contexto de demandas não supridas que se encontram durante a descoberta da doença. Ao chegarem à instituição, buscam esse apoio e suporte para dar início ao tratamento proposto.

Com relação a isso é importante destacar que Saporetti (2016) relata que a inexistência de suporte social e conflitos familiares são constantemente o que mais causam aflição durante o cuidado, podendo refletir se não resolvidos ou suavizados em maior sofrimento. Desse ponto de vista, faz-se necessário procurar saídas para o que se apresenta. A mesma Assistente Social acrescenta que:

Um das grandes demandas que também chegam ao setor são pacientes que procuram muitas informações sobre seus direitos previdenciários, sobre benefícios sobre auxílio doença e a gente também tem o cuidado, porque os pacientes não são informados de que têm alguns direitos, pacientes portadores de câncer dependendo do grau da doença eles podem ter alguns direitos, que são garantidos, que são retirada de PIS, PASEP, FGTS, isenção de alguns impostos compra de veículo adaptado, quitação de financiamento da casa própria, informações também sobre o tratamento fora domicílio, as vezes quando agente recebe pacientes de outros estados as vezes eles não são orientados totalmente lá pela secretaria de saúde, quanto a esse tratamento, o que o Estado pode dar de direito pra esse paciente ter seu tratamento garantido, então agente também exerce esse papel faz parte do nosso papel orientar e esclarecer esses pacientes quanto aos seus direitos. (AS1)

Como é possível observar na fala da Assistente Social uma das maiores atribuições do Assistente Social é contribuir para o acesso aos direitos, de acordo com o princípio do nosso código de ética “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;” (CFESS N.º 273/93).

Como podemos perceber, a Assistente Social, na sua prática, está condizente com os princípios éticos da profissão. Os relatos da AS 2 seguem as mesmas demandas sugeridas pela Assistente Social anterior, ou seja,

Demandas em relação a providencias que a gente pode ajudá-los para não interferir no tratamento aos pacientes que precisam chegar até aqui para o tratamento e moram no interior, então providenciar esse local onde eles precisam ficar, no caso encaminhamento pra casas de apoio ou solicitação de transportes pra aqueles que moram na região metropolitana que preferem ficar em suas casas, aí eles recorrem ao serviço social, na ajuda de a gente formalizar essa solicitação. São pacientes que moram em

fortaleza e tem dificuldade de acesso ao tratamento por questões financeiras, realmente eles procuram o serviço social em busca de um esclarecimento, que se existe algum serviço e existe o transporte social da prefeitura, então é o encaminhamento pra esse tipo de providência. (AS2)

Relata a importância de orientar também os pacientes que moram em fortaleza estes não tem direito a casa de apoio, porém existe o transporte social da prefeitura, então parte do setor orientar como proceder para dar entrada nesse benefício. Acrescenta que:

Também tem os casos de dúvida em relação aos direitos previdenciários se eles têm o direito ao auxílio doença ou Benefício de Prestação Continuada, a grande maioria não conhece essa diferença dos benefícios previdenciários e aí esse esclarecimento também é dado no serviço social. Muitos casos são pacientes encaminhados pra realizar exames que são necessários no decorrer do tratamento e aí eles procuram o serviço social pra gente esclarecer que caminhos eles vão seguir e pra conseguir esse exame, aí gente tem esse papel de esclarecer como funciona a rede de atenção ao paciente, voltar pro sistema pra central de marcação, e aqueles casos que demora muito se eles vão recorrer judicialmente o exame, porque não tem condições de arcar com esse exame particular, então esse esclarecimento também parte do serviço social. Também muitas vezes procuram o setor para conhecer realmente o serviço do CRIO e saber que tipo de profissional e serviço que o CRIO oferece pra esse paciente, durante essa jornada de tratamento que vai vir a ajudar mais ainda na assistência do paciente. (AS 2)

Vale ressaltar que o paciente oncológico está em uma situação de fragilidade. Cabe ao Assistente Social compreender essas demandas através da escuta qualificada e fazer os devidos encaminhamentos para que esses pacientes gozem de determinados direitos e assim tornar o tratamento mais eficaz, uma melhor qualidade de vida como uma alimentação mais adequada.

Quanto às maiores dificuldades enfrentadas pelo o Serviço Social no CRIO AS 1 relata que:

Eu creio que seja, são problemas inerentes ao próprio sistema, a própria rede de serviços do SUS, que muitas vezes o paciente nos procura com certas demandas que independem do setor, são pacientes que são carentes que muitas vezes estão fora do mercado formal porque trabalhavam como autônomo ou que não tem nenhuma renda e tudo se torna mais difícil pra esse paciente. A realização de exames tem exames que agente não tem aqui na própria instituição, que eles tem que ir buscar fora, vão ter que entrar no sistema através dos postos de saúde e da própria secretaria de saúde dos seus municípios, às vezes são exames caros, exames que requerem uma certa urgência e agente sabe que não funciona dessa forma, né, então uma das maiores dificuldades são essas, porque entra aí a

questão financeira mesmo deles, não terem condições de pagar os exames. Tem certos especialistas que eles precisam, que agente não vai ter aqui, que eles vão ter que buscar fora. (AS 1)

Como podemos observar na fala da AS 1, a dificuldade de acesso aos exames necessários em tempo hábil faz diferença na evolução do tratamento, porém, a dificuldade de realizá-los passa a ser uma barreira para o paciente que neste momento em que não tem condições de arcar com essas despesas, visto que a demora na realização pelo SUS, pois demora mesmo, vai comprometer o prognóstico da doença.

Dessa forma, vale ressaltar que de acordo com o que foi visto nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, essas necessidades tendem a aumentar o estímulo do seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos mais carentes, por meio do pacote precário para a saúde. A universalização não acontece e os programas passam a ser focalizados, e permanecem os problemas de acesso no sistema, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, a falta de articulação entre os movimentos sociais, dentre outras. “Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea do setor saúde” (CFESS, 2009).

A mesma Assistente Social ainda acrescenta que:

Além disso, agente também tem muita dificuldade atualmente são as questões familiares pacientes que tem problemas familiares cujas famílias abandonam os pacientes, não querem assumir o papel não querem está presentes no momento do tratamento e esses problemas todos, eles implicam na própria realização do tratamento do paciente, então temos uma dificuldade porque aqui a gente exerce o nosso papel de explicar, de esclarecer, mas quando é um paciente que não tem um familiar, que não tem um vínculo, que não tem um elo que vem às vezes com um amigo ou um acompanhante tudo se torna mais difícil e todas essas questões acabam implicando no resultado lá na frente no tratamento do paciente. (AS1)

Como podemos perceber na fala da AS 1, há muita importância que o paciente neste momento tenha um familiar para ajudar nos cuidados necessários, com o tratamento e a própria enfermidade muitas vezes requer esse cuidado, pois a

ausência dessa referência familiar pode prejudicar no andamento pra que as coisas aconteçam de forma mais satisfatória para o próprio paciente neste momento.

Saporetta et al. (2016), em uma dimensão social e familiar, ressalta que os cuidados em oncologia deverão ter foco no paciente e também no familiar, apesar de não ser obrigatória a presença do familiar ou cuidador em todas as intervenções, pois alguns pacientes, apesar de estarem com um diagnóstico de uma doença incurável, ainda têm condição de comparecerem sozinhos às consultas, desde que este tenha condições física e emocional de se autocuidar, sempre é bom incentivar essa autonomia. Portanto, são necessários muito cuidado e atenção na hora do atendimento deste paciente ou familiar, pois, diante da situação de desespero tornam-se fragilizadas as relações ao ter que lidar com o problema em questão.

Quando indagada sobre as dificuldades enfrentadas, percebemos que a AS 2 ser na mesma linha de raciocínio da primeira entrevista relata que:

Eu acho que as maiores dificuldades é que muitas vezes a gente não tem recursos públicos, políticas públicas que a gente possa encaminhar esse paciente, pra algumas demandas que eles nos trazem, quando são coisas que agente consegue oferecer nesse nosso mundo, aqui nessa coisa micro que é o crio, a gente consegue dar esse suporte, uma casa de apoio realizar um exame, dar toda a assistência necessária durante o tratamento, mas muitas vezes esse paciente precisa de algo fora daqui desse ambiente que é o crio e aí a gente não tem essa política, esses equipamentos, esses recursos pra oferecer aos pacientes, por exemplo, um caso de um paciente sozinho que se resolvia sozinho e que foi acometido de câncer, que a doença avançou ele se agravou e ele não tem o suporte familiar pra prestar esse cuidado e o estado também não tem como garantir esse cuidado, um abrigo não existe então é um desafio é o tipo de caso que chega no serviço e agente muitas vezes a gente esta impotente pra resolver. (AS 2)

Percebemos que as dificuldades de acesso na fala das assistentes sociais implicam no tratamento do paciente menos favorecido financeiramente. Portanto, se esse paciente não tiver um familiar para ir à busca de facilitar esse acesso, quando surge uma demanda em outros equipamentos de saúde, torna-se ainda mais difícil, visto que a elas como assistentes sociais cabem orientar, facilitar a garantia desses direitos. Para isso, surge a necessidades de alguém que tome a frente, que se responsabilize em absorver as informações acerca das documentações e providências adequadas a serem tomadas para este fim.

Para Sonobe et al. (2010, p. 343), há uma grande distância entre os direitos constitucionais e os que de fato chegam até a população, se todos os direitos fossem realmente efetivados diminuiria e muito os problemas financeiros dos pacientes com câncer. Ele ressalta que, “a fadiga e outros efeitos adversos do tratamento dificultam e algumas vezes impossibilitam que os portadores exerçam suas atividades laborais com a mesma intensidade do que antes da doença”, tornando assim ainda mais difícil dar continuidade a vida depois do diagnóstico.

AS 1 em relação a atuação com equipe multidisciplinar do CRIO enfatiza que:

Eu posso dizer que é uma relação muito aberta, a gente tem uma equipe completa aqui, além de assistente social, de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, farmácia, e agente tem a liberdade de encaminhar pros nossos colegas, dependendo do momento, da nossa conversa com o paciente, agente detecta uma demanda, tipo um paciente que precisa passar pela nutricionista, porque está desnutrido ou porque sua sonda ,nos podemos está encaminhando, nos mesmos, não necessariamente ser o encaminhamento do medico. O paciente tem que ser um paciente do crio já acompanhado no tratamento fazer Radio ou Quimio, ter um acompanhamento já na instituição pra gente poder está encaminhando e assim a gente discute caso, agora a gente está tendo uns encontros mensais, nos quais agente ta levando os casos e discute com a equipe toda, então é assim tem uma relação muito aberta, muito rica e tem tido muitos bons resultados contando com a equipe, a gente trabalha sempre em sintonia tentando um ajudar o outro, mas sempre com um objetivo único que é lógico, beneficiar o paciente. (AS1)

O CRIO realmente tem uma equipe multidisciplinar, com autonomia profissional para exercer esse trabalho de acordo com a formação de cada profissional. Percebe-se a compreensão do paciente de uma forma geral, para fazer a escuta qualificada para destinar o paciente para solucionar de maneira adequada, a sua necessidade. Embora não domine o que é de outra profissão, cada profissional no seu exercício precisa compreender minimamente sobre a doença, para fazer assim os devidos encaminhamentos deste paciente. Os encontros mensais para discutir sobre determinados casos proporciona de fato um tratamento integrado, a preocupação com o paciente. Essas reuniões mensais correspondem a uma visão realmente ampliada sobre saúde. Desse modo, AS 2 em relação a equipe multidisciplinar refere que:

Minha relação pessoal e também com esses onze anos de crio, percebo é que a equipe dialoga muito bem, trabalha muito bem pra prestar essa

assistência ao paciente, que realmente um paciente oncológico ele não vem só com a questão da doença, ele tem varias coisas envolvidas e por isso a importância da equipe multidisciplinar que atue em todos esses aspectos. O Serviço Social juntamente com a psicologia, a equipe da parte da reabilitação, fisioterapia, fonoaudiologia, a nutrição e a enfermagem, então, esse profissionais tem que está dialogando muito bem, porque às vezes uma ação repercute na atividade do outro e todos trabalhando juntos conseguem oferecer o melhor pelo menos na tentativa de uma forma mais adequada pra que esse paciente durante esse período do tratamento, realmente tenha saciado toda necessidade pra que ele conclua o tratamento da melhor maneira possível. (AS 2)

A partir do que foi revelado, identifica-se que todos esses profissionais, em consequência da sua formação, têm distintas capacidades e habilidades para exercer suas funções, para o atendimento do paciente como um todo.

Vale ressaltar que os profissionais citados acima são reconhecidos como profissionais de saúde pelo “O Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº. 218 - 97 – conferidas pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990”.

A AS 1, quando abordada quanto às formas de enfrentamento utilizada pelos pacientes, de acordo com a experiência vivenciada no setor, pensa um pouco e faz a seguinte afirmação:

Seria, depende muito, o paciente nesse momento tem que ter o apoio da família, eu acho que é fundamental, os amigos estarem juntos, o paciente poder contar com esse apoio, contar também com a sua crença, independente de qual seja sua religião, eu acho, mas eu acho que é muito importante ter um apego, uma fé, você ter esse apoio, esse suporte espiritual, que eu acho que a espiritualidade é uma das formas de enfrentar a doença.

A entrevista deixa claro que nessa hora é necessário que se apegue na fé seja ela de qual religião for não importa, mas que com a espiritualidade pode se buscar melhor resposta na conclusão o tratamento. Ressalta também:

E também eu acho que o apoio dos próprios profissionais, começando do médico, passando pelo o assistente social, por toda a equipe, eu acho que isso também conta muito na hora de enfrentar a doença, eu acho é que o paciente tem que ter essa confiança no profissional que esta lhe atendendo ter a confiança no médico ter a confiança na equipe, isso ajuda muito, o apoio do serviço social da psicologia, enfim, de todos os profissionais que envolvem a equipe, são fundamentais no momento da doença, de ajudar o paciente a enfrentar esse momento. (AS 1)

Ressalta também a importância da equipe junto ao paciente neste momento. Destaca a credibilidade dada pelo o paciente ao profissional que estão lhe atendendo, sobretudo, o médico em primeiro e o assistente social em segundo lugar nesse grupo de profissionais, segundo sua experiência vivenciada com os pacientes, como forma de enfrentar a doença.

Nesse sentido, Barbosa (2014, pp. 356-358) chama a atenção para a relação médico paciente, em que, afirma ser o portador de câncer um paciente especial por dois motivos: “primeiro pela fragilidade física, emocional e psicológica causada pelo impacto do diagnóstico, depois pela ameaça a sua vida ocasionada pelo estigma e gravidade da doença.” Falar sobre o fim da vida não deixa de ser um desconforto, pois, até a descoberta pensamos e agimos como se fossemos imortais. A ideia de morte passa a ser sem dúvida um tabu para familiar e paciente.

Porém, alguns não conseguem esta condição de se cuidar, criando assim um sentimento de impotência no enfrentamento da doença, em ter que depender de outros para executar as mais simples tarefas, e ainda há o dilema de que a família precisa se reestruturar para cuidar desse familiar que no momento depende de seus cuidados.

A AS 2 sobre as formas de enfrentamento de acordo com a experiência, Além da família e da fé também citado pela a primeira entrevistada, relata que:

Primeiro a maioria dos pacientes que procuram o serviço social são pacientes do sistema único de saúde, então, são paciente com um nível de conhecimento pouco abaixo do esperado, muitas vezes eles nem conhecem profundamente o que eles estão passando, por mais que a gente esclareça que tem câncer alguns nem compreendem a gravidade da doença, são pacientes que tem uma condição socioeconômica precária, também muitos não tem nenhuma renda fixa, um grau de instrução baixo. (AS 2)

“Pois diante disso muitos não sabem a gravidade da doença, se quer entendem o que estão passando, pois se apegam muito na fé, em uma crença né, seja em que religião for, mas de enfrentar aquilo”. Com um grau de escolaridade baixo, ficam a depender do profissional que atende para poder direcionar que rumo tomar diante da situação proposta no momento. Afirma a AS 2 “então, eles se

apegam eu vejo muito que eles se apegam na fé, do pouco que conhecem da doença”.

Percebemos na fala das assistentes sociais o respeito com os usuários, o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, condizentes com o nosso código de ética. Acrescenta que:

Quando eles têm um suporte familiar mesmo nessa dificuldade econômica financeira do próprio grau de conhecimento de instrução, mas quando a família está ali perto, apoiando, quando a gente precisa orientar sobre um exame, que a gente vai dar todo aquele caminho que ele vai percorrer, que não é fácil, mas quando ele tem alguém do lado que disponibilize a ajudar também, as coisas se tornam mais fáceis, o caminho é longo mas é possível ser trilhado, é então esse suporte família, e quando eu digo familiar não é só filho, esposa, é alguma referência familiar, as vezes é um compadre as vezes é um amigo, uma prima, mas que tá ali junto pra dar esse suporte esse apoio as coisas vão caminhando mais fáceis, não vamos dizer mais fáceis, mas consegue ser caminhado. Enquanto que outros que ninguém se disponibiliza não tem ninguém tudo vai ficar mais difícil, não ter com quem você se apoiar, pra chegar no, que é conseguir um exame ou um lugar pra ficar então o enfrentamento é eu acho a questão da fé, o apoio familiar e eles conseguem acreditar, terem a credibilidade na equipe que está aqui dando suporte nesse tratamento, o quando eles passam a confiar no serviço que eles tem o apoio da família, e tem o mínimo de entendimento com a doença e tem uma fé em que se apegar eu acho que o tratamento segue direitinho. (AS 2)

Percebe-se também a importância da família. Segundo relatos da entrevistada, ao relatar que sem o apoio da família tudo se torna mais difícil. Considera como família qualquer referência, um compadre ou uma prima, contanto que seja alguém que esteja disponível para trilhar esse caminho do lado deste paciente. Cabe ao profissional compreender essa necessidade.

Vasconcelos (2007) afirma ser o câncer, uma das doenças mais temidas, seja pelo temor de tratamentos agressivos e mutiladores, devido ao seu diagnóstico tardio, limita as possibilidades de tratamento e cura, então, a constatação da doença traz sofrimento para pacientes e familiares.

Vivenciar o processo da doença pode significar privação da sociabilidade cotidiana, segregação, interrupção do curso normal da vida para os enfermos e seus familiares. A fragilidade imposta pela doença pode levar à “exclusão social” por terem que enfrentar uma sociedade que é excluyente dos mais vulneráveis. Se a condição de pobreza, a miséria, o afastamento do trabalho estão presente, o quadro de vulnerabilidade social se acentua com a doença, limitando ainda mais o acesso a bens e serviços para satisfação das necessidades básicas. (VASCONCELOS, 2007, p.99)

Historicamente o serviço social mantém o foco no atendimento com a família. Ainda hoje, muitos consideram a família um objeto de intervenção profissional, através de instrumentos técnicos operativos, os assistentes sociais do INCA se utilizam do atendimento individual e de grupo, para poder identificar as vulnerabilidades existentes e poder agir de acordo com as políticas sociais e ou recursos disponíveis. .

Desse modo, as Assistentes Sociais no CRIO também têm esse foco no paciente e família, através do saber poder adquiridos com os instrumentos teórico metodológico, técnico operativo e ético político do serviço social, buscam essa compreensão na atenção integral dos usuários. Conclui-se que, a partir das falas das entrevistadas, demonstram que estão satisfeitas com a atuação na oncologia e com a equipe em que trabalham. Apesar das dificuldades com o próprio sistema de saúde, buscam sempre um melhor atendimento no que se refere atuação exercida por elas na instituição. Observa-se que esse conhecimento adquirido pela profissão pode ser extrapolado para além do setor, como experiência para a vida pessoal, por exemplo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer, substanciado em um problema de saúde pública, é considerado pelo o INCA a segunda causa de morte no Brasil. Segundo estudos levantados por esse instituto, várias são as causas para o aparecimento da doença em menção, que vão desde as condições sociais, políticas, econômicas, e ambientais, até fatores biológicos.

A atuação do Serviço Social na Saúde está vinculada ao mesmo tempo com a Reforma Sanitária e ao Projeto Privatista. Podemos perceber que ainda existem muitas dificuldades enfrentadas pelo o setor apesar das conquistas alcançadas. Atualmente, como trabalhador da área da saúde dependente das políticas públicas, como também funcionário do setor privado, restritos ao sistema, em que muitas vezes se sente impotente diante de uma demanda que não é capaz de solucionar, por conta da demora gerada pela burocratização da saúde.

No decorrer desta pesquisa foi possível identificar que o câncer é uma das maiores doenças que afetam, não somente o paciente, mas a família em um contexto mais amplo, pois a doença traz consigo a necessidade de toda uma reestruturação para lidar após o diagnóstico, para buscar um melhor resultado com o tratamento.

A partir da criação do Sistema Único de Saúde os pacientes oncológicos passaram a ter uma atenção integral. Nesse sentido, o tratamento do câncer faz parte dos serviços de alta complexidade em oncologia. Inserido nesse contexto temos o Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO), referência em oncologia no estado do Ceará, é um completo centro de assistência que tem como missão prestar assistência a comunidade com atendimento oncológico integral e humanizado.

De acordo com os relatos das entrevistadas, uma das maiores demandas do Serviço Social se refere às orientações quanto ao acesso aos direitos sociais quer sejam eles direitos previdenciários, direitos à assistência social. As Assistentes Sociais entrevistadas identificaram que muitos deles não conhecem seus direitos, então, fazer uma escuta qualificada é um ponto de partida para o desenvolvimento da prática do Serviço Social.

Foi possível observar, em ambas as falas das entrevistadas, que é indispensável o apoio da família e amigos no enfrentamento da doença e continuidade e melhor resultado do tratamento, como também relatam as duas sobre a importância da fé, independente de qualquer religião, ter algo em que se apegar é indispensável.

Observamos a parceria entre a equipe, que trabalha em sintonia e uma boa comunicação essencial para atuar em todos os aspectos necessários na busca de realizar o melhor tratamento para este paciente. Essa prática está de acordo com o Código de Ética no que se refere à Atuação Profissional, bem como os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde.

Vale ressaltar que percebemos que as profissionais são responsáveis e compromissadas com os usuários. Como trabalhador da área da Saúde o Serviço Social busca superar as intensas diferenças sociais existentes em nosso país e compreender o desafio que está imposto na atual conjuntura. Espero através desta pesquisa, contribuir com outros estudos acadêmicos, já que se trata de uma temática de relevância que merece ser vista com muito cuidado e atenção pela sociedade em geral, diante situação da saúde fragmentada como podemos perceber, o número de casos de câncer atualmente crescentes em nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro, Inca, 2011.

BARBOSA. A. Câncer . Direito e Cidadania. 15ª ed. São Paulo, Atlas, 2014.

COSTA, P.; LEITE,R.C.B.O. Estratégia de enfrentamento utilizados pelos pacientes vítimas de cirurgias mutiladoras. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em 21 de Ago.2015.

CARVALHO, C.S.U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. Disponível em:<<http://www.inca.gov.br> > Acesso em: 21 de Ago.2015.

CARVALHO, R,N et al. Política de Saúde e Serviço social: Programa Saúde da Família como elemento de debate para o assistente social. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br>.Acesso em: 09 Abr 2017

CAETANO,E.A et al. Câncer de mama : reações e enfrentamento após receber o diagnóstico. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a21.pdf>>. Acesso em: 24 ago. De 2015.

Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 9. ed. rev. e atual., São Paulo, CFESS,2011.

BELTRAO, M.R.L.R et al; Câncer infantil: concepções maternas e estratégias frente ao diagnóstico. Disponível em:<<http://www.jped.com.br/conteudo/07-83-06-562/port.asp> >. Acesso em: 24 ago. De 2015

BRASIL.CONSTITUIÇÃO de 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 76, Seção 1, 09 dez., 2005.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. et al. Saúde e Serviço Social. 2ª. Ed. São Paulo, Cortez, 2006.

BRAVO, M.I.S.; Serviço Social e Saúde. Política de Saúde no Brasil. 4ª. Ed. São Paulo, Cortez, 2009.

BRAVO. M.I. Saúde e serviço Social. Política de saúde no Brasil.. 5ª ed. São Paulo,Cortez,2012.

BRAVO. M.I. S; MATOS. M.C. Saúde e serviço Social. Reforma sanitária e o projeto ético político do serviço social: elementos para o debate. 5ª ed. São Paulo, Cortez,2012.

DEMO. P. Metodologia científica em ciências sociais. 3ª ed. São Paulo, atlas, 1995

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008.

GAMA. A.S. Saúde e serviço Social .Gênero e avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva. 5ª ed. São Paulo,Cortez,2012.

<<http://www.assocrio.org.br>> acesso em 14/11/ 2015.

<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-longo-e-penoso-caminho-do-tratamento-de-cancer-no-ce>. acesso em: 14 Out.2015

<http://tribunadoceara.uol.com.br/noticias/ceara/quase-500-mortes-por-cancer-de-mama-sao-registradas-no-ceara>. acesso em: 14 Out.2015

<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaio/18645-os-anos-gloriosos.shtml>. Acesso em: 06 Jun.2017

<http://www.infoescola.com/historia/guerra-fria/>. Acesso em: 06 Jun.2017

<http://brasilecola.uol.com.br/geografia/taylorismo-fordismo.htm> .Acesso em: 06 Jun.2017

<http://www.suapesquisa.com/economia/keynesianismo.htm>. Acesso em: 06 Jun.2017

<http://docslide.com.br/documents/segundo-jose-paulo-netto-o-processo-de-renovacao-do-servico-social-constitui-em-tres-momentos-de-ruptura.html>.. Acesso em: 06 Jun.2017

IAMAMOTO,V,M. Serviço Social e Saúde. As Dimensões Ético-Políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. 4ª. Ed. São Paulo, Cortez, 2009.

MATOS,M,C. Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional. Assistente Social: Trabalhador(a) da Área da Saúde. São Paulo, Cortez, 2013.

Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Disponível em: www.cfess.org.br/arquivos/Acesso em :09 Abr.2017

PAIM,J,S. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br>. Acesso em: 08 Abr.2017

Política Nacional de Saúde – Lei Nº 8.080/1990

POLIGNANO, M. V. História das Políticas de Saúde no Brasil .Uma pequena revisão. Disponível em: [://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf) Acesso em: 01 Maio 2017

Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010

TEIXEIRA, L. A. et al Políticas Públicas de Controle de Câncer no Brasil: elementos de uma trajetória Pública. Saúde Coletiva., 2012, Rio de Janeiro, disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br> Cad. Acesso em: 31.Abr.2017

VASCONCELOS, A. M. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, L. Direito da Saúde no Brasil. Conceituação do direito a Saúde .9ª ed. São Paulo, Saberes, 2010

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO (S) PARA COLETA DE DADOS

Data da entrevista:

1- IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

1.1. Nome do entrevistado:

1.2. Formação profissional ano:

1.3. Naturalidade:

1.4. Possui: especialização () Mestrado () Doutorado()

1.5. Quanto tempo trabalha na instituição:

2. PRÁTICA PROFISSIONAL

-Quais as principais demandas que chegam ao Serviço Social atualmente?

-Quais as maiores dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social no CRIO?

-Como é a sua relação com a equipe multidisciplinar do CRIO?

-De acordo com sua experiência, quais as formas de enfrentamento que os pacientes usam para lidar com a doença?

ANEXOS



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitamos a pesquisadora MARIA DE FÁTIMA UCHÔA ALMEIDA, a desenvolver o seu projeto de pesquisa “A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AOS PACIENTES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM UM HOSPITAL EM FORTALEZA”, que está sob orientação da Prof.^a Ms. Vizangela Paula Sandy Mendes, cujo objetivo é compreender como o setor de Serviço Social contribui durante o tratamento de câncer dos pacientes em tratamento no Centro Regional Integrado de Oncologia.

No caso de esclarecimentos sei que deverei entrar em contato com o pesquisador responsável Maria de Fátima Uchôa Almeida, que pode ser encontrado no Programa de Graduação em Serviço Social, na Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, Rua Isac Amaral, 420 - Dionísio Torres, Fortaleza - CE, CEP: 60130-120. Fortaleza/CE. Quaisquer informações poderão ser obtidas junto ao pesquisador pelos telefones: (85) 998203464.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos éticos presentes na Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Fortaleza – CE, em 24 / 04 / 17.

S/A CENTRO REGIONAL INTEGRADO
DE ONCOLOGIA - CRIO

Suely Maranhão Barros O. Kubrusly
P/P Diretora Financeira

Nome/Assinatura do responsável pela instituição

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada:

_____ desenvolvida por _____
_____. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada por _____, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (85) _____. Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) do objetivo geral, estritamente acadêmico, do estudo que, em linhas gerais, é _____
_____. Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa e que minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu (sua) orientador (a). Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fortaleza, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do (a) participante:

Assinatura do (a) pesquisador (a):

Assinatura da testemunha:

ANEXO B – MODELO DE OFÍCIO PARA ENTRADA EM CAMPO

À Coordenação do Serviço Social

Ilmo (a) Sr.,

Vimos por meio deste, solicitar uma autorização para que o (a) estudante do Curso de Serviço Social,

_____, portadora de RG Nº _____, desenvolva uma Pesquisa de Campo para a coleta de dados de seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) cujo título provisório é:

_____. A referida pesquisa tem como objetivo principal:

Segue, para maior apreciação, uma cópia do projeto.

Fortaleza, ____ de _____ de 201__.

Cordialmente,