

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

FABIANA DA SILVA STEDILE

**PARA ALÉM DOS QUIMIOTERÁPICOS: A INFORMAÇÃO EM SAÚDE  
COMO ESTRATÉGIA DE VIABILIZAÇÃO DE DIREITOS**

Porto Alegre  
2013

FABIANA DA SILVA STEDILE

**PARA ALÉM DOS QUIMIOTERÁPICOS: A INFORMAÇÃO EM SAÚDE  
COMO ESTRATÉGIA DE VIABILIZAÇÃO DE DIREITOS**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação  
apresentado a Faculdade de Serviço Social da  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande  
do Sul, como requisito parcial para obtenção do  
grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre

2013

FABIANA DA SILVA STEDILE

**PARA ALÉM DOS QUIMIOTERÁPICOS: A INFORMAÇÃO EM SAÚDE  
COMO ESTRATÉGIA DE VIABILIZAÇÃO DE DIREITOS**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação  
apresentado a Faculdade de Serviço Social da  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande  
do Sul, como requisito parcial para obtenção do  
grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

---

---

Porto Alegre

2013

Aos meus filhos, Vicente e Antônio, que nasceram durante este processo de formação e que trouxeram novas inspirações à minha vida.

## AGRADECIMENTOS

O percurso foi longo até chegar aqui, mas eu não caminhei sozinha, sempre tive a sorte de encontrar pessoas que contribuíram com esta trajetória, seja com um gesto, uma palavra, um sorriso e até mesmo com o silêncio. É com estas pessoas que quero dividir a realização deste sonho.

Agradeço primeiramente a Deus, por renovar minhas forças todos os dias e por se materializar em minha vida através de tantas graças alcançadas.

Ao meu amado esposo, Juliano, pelo incentivo, amor e cumplicidade. Obrigada por fazer parte da minha vida e que possamos seguir lado a lado este lindo caminho que construímos a cada dia.

Aos meus abençoados filhos, Vicente e Antônio, verdadeiros presentes de Deus, que encheram minha vida de alegria e esperança.

Quero agradecer a minha mãe, Onélia pelas palavras de incentivo, pelo amor incondicional e por estar sempre vibrando e acreditando em minhas conquistas.

Aos meus avós, Alcides e Elfrida (*in memoriam*), pelo que representaram em minha vida.

Agradeço aos meus irmãos, Diego e Fabiele, pelo carinho, por serem estas pessoas tão importantes. É muito bom ter vocês como meus irmãos.

A minha cunhada Juliane, obrigada pela amizade; é um privilegio ter você na família.

A minha querida amiga Janice. Obrigada por ter carinhosamente cuidado dos meus bens mais preciosos, que são os meus filhos, enquanto eu me debruçava nesta Monografia.

À Tânia e família, por serem estes amigos tão queridos. Obrigada pelo constante incentivo.

Aos meus sogros, Júlio e Maristela, por terem me acolhido com carinho em sua família.

As minhas amigas e colegas do curso de Serviço Social, Eliane Bariviera e Jaque Jacinto. Obrigado pelas trocas de experiências.

A minha querida supervisora de campo, Debora Marcela, pelos ensinamentos e por ser uma inspiração como profissional e pessoa que é.

A toda equipe do Serviço Social do HSL-PUCRS, por terem me recebido com carinho e pelos momentos de troca e reflexão.

Agradeço a todos os funcionários e professores da faculdade de Serviço Social da PUCRS por terem contribuído com a minha formação. Obrigada ao Chico, Marcia, Leonia, Marazita, Thaisa, Gleny, Bia, Ana Lucia, Patrícia.

Quero agradecer especialmente à professora Esalba, minha supervisora de Estágio. Muito obrigada pela compreensão, pelos ensinamentos, foi um grande privilégio.

A minha querida Orientadora, professora Belinha. Obrigada pelos momentos de troca, que possibilitaram a realização desse trabalho.

MUITO OBRIGADA.

## RESUMO

Neste estudo aborda-se a importância da atuação do Assistente Social na área da saúde, a partir da experiência profissional, vivenciada no Estágio Curricular em Serviço Social, e os desafios que se apresentam no cotidiano da prática profissional para a defesa de direitos dos usuários. Realiza-se, para tanto, um breve resgate da história da Política de Saúde no Brasil, passando pelo Movimento da Reforma Sanitária – movimento importante para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Discorre-se, pois, sobre a materialização desta Política de Saúde, bem como a política de Atenção Oncológica, no Hospital São Lucas da PUCRS. Também se discute a trajetória histórica do Serviço Social no Brasil, onde se traz um breve resgate abordando o Movimento de Reconceituação, a ruptura do Serviço Social com o conservadorismo, sua inserção na área da saúde, bem como sua articulação com a Reforma Sanitária. Ainda, destacam-se as estratégias utilizadas para materializar o projeto de intervenção junto aos usuários em tratamento quimioterápico, na realização do acolhimento no início da quimioterapia, na perspectiva da socialização de direitos dos pacientes oncológicos.

**Palavras-chave:** Política de Saúde. Projeto de Intervenção. Direitos. Atenção Oncológica.

## LISTA DE SIGLAS

AAPECAN – Associação de Apoio às Pessoas com Câncer  
CACON – Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia  
CAPS – Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CIDAPE – Centro de Integração e Desenvolvimento Assistência Ensino e Pesquisa  
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social  
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social  
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social  
CREAS – Centro Especializado de Assistência  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço  
IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensões  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
HSL – Hospital São Lucas da PUCRS  
PIS/PASEP – Programa de Integração Social e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público  
PSF – Programa de Saúde da Família  
PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBEA – União Brasileira de Educação e Assistência  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UNACON – Assistência de Alta Complexidade em Oncologia  
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo  
UTIG – Unidade de Tratamento Intensivo Geriátrico



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2 SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA</b> .....	<b>11</b>
2.1 O BRASIL NO CENÁRIO ATUAL: ALGUMAS REFLEXÕES .....	11
2.2 CENÁRIO DO APRENDIZADO.....	14
<b>3 HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	<b>20</b>
3.1 UMA VISITA À HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE .....	20
3.2 MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA: REFORMA OU TRANSFORMAÇÃO? .....	24
3.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	26
3.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA .....	31
<b>4 SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL</b> .....	<b>36</b>
4.1 TECENDO HISTÓRIA.....	36
4.2 SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE: UMA RELAÇÃO EM CONSTRUÇÃO.....	42
4.3 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL SÃO LUCAS.....	44
<b>5 VIVENDO A TEORIA NA PRÁTICA E A PRÁTICA NA TEORIA</b> .....	<b>53</b>
5.1 O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA O ACESSO A DIREITOS....	53
5.2 REFLEXÕES ACERCA DAS AÇÕES REALIZADAS.....	63
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>68</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>70</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No presente trabalho objetiva-se realizar uma reflexão acerca da experiência profissional, vivenciada no Estágio Curricular em Serviço Social, no Hospital São Lucas da PUCRS, cuja intervenção deu-se junto aos usuários e familiares do Serviço de Oncologia, em tratamento no ambulatório de quimioterapia. Este processo desenvolveu-se em dois semestres, de agosto de 2012 a julho de 2013. Ressalta-se que este processo não se realizou de forma linear, motivo pelo qual se estendeu a permanência na universidade e é com grande alegria que é introduzido este tão almejado trabalho de conclusão. Espera-se que o trabalho retrate o quanto essa opção profissional é importante em nossa vida.

No segundo capítulo o intuito é contextualizar o momento histórico, o qual se vivencia, as transformações socioeconômicas, bem como a crescente economia Brasileira, que, contraditoriamente, produz o aumento das desigualdades sociais e as resistências da população à opressão capitalista, através dos manifestos em todo país. Logo após apresenta-se o local onde se realizou o Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social, destacando os objetivos proposto nos três níveis de estágio. Nesse sentido, abordam-se aspectos históricos desta instituição, que é campo de ensino e pesquisa, bem como sua visão e missão, entendendo-a como um espaço complexo e contraditório.

No terceiro capítulo faz-se uma abordagem a história da Política de Saúde no Brasil, marcada pela centralidade na doença e o acesso excludente; em seguida trata-se do Movimento da Reforma Sanitária, por entender este como um movimento que mudou os rumos da saúde pública no Brasil, servindo de aporte para a elaboração do Sistema Único de Saúde, cuja implementação, na década de 90, viabilizou o acesso à saúde independente de contribuição com a previdência Social. Procura-se, ainda, mostrar como o SUS se materializa no Hospital São Lucas, bem como quais os desafios para sua efetivação. Trata-se, em seguida, da Política de Atenção Oncológica, a qual se contempla na intervenção junto aos usuários do serviço de oncologia.

No quarto capítulo, procura-se realizar um breve relato da origem do Serviço Social no Brasil; o Movimento de Reconceituação, marco da trajetória na busca por

novos aportes teóricos na superação de uma identidade atribuída pela burguesia, para uma identidade construída com os sujeitos sociais, com os quais a categoria é comprometida. Logo após disserta-se sobre o Serviço Social na área da saúde, sua inserção e articulação com o Movimento da Reforma Sanitária. Dá-se ênfase, também, para a inserção do Serviço Social no Hospital São Lucas: sua atuação, desafios e possibilidades na defesa aos direitos dos usuários, tendo em vista as demandas da instituição e as demandas dos usuários.

No quinto capítulo evidencia-se o conjunto de técnicas e instrumentos utilizados para desenvolver o projeto de intervenção, junto aos usuários em tratamento quimioterápico e seus familiares. Para tanto, se trarão falas dos usuários para ilustrar a atuação. Por fim, efetua-se a avaliação dos resultados das estratégias realizadas para responder as demandas que se manifestaram. Após apresentaremos nossas considerações finais, refletindo sobre este processo de aprendizagem proporcionado pela vivencia acadêmica e pelo campo de Estágio Obrigatório em Serviço Social na área da Saúde.

## 2 SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

O mundo tem passado por grandes transformações, a realidade socioeconômica dos países desenvolvidos tem mudado muito nos últimos anos. A crise econômica desencadeada nos Estados Unidos, e propagada pela Europa em 2008, ainda apresenta efeitos em diversas economias do chamado “primeiro mundo”, como Espanha, Grécia e Itália. Apenas recentemente países com ainda maior expressão econômica, como Estados Unidos e França, conseguiram reverter os quadros de recessão econômica buscando retomar, ainda que de forma tímida, o crescimento econômico e a estabilidade a que essas potências desenvolvidas estavam acostumadas.

Estes vários anos de instabilidade econômica, potencializada pela globalização trouxe verdadeiras mazelas sociais às nações “de primeiro escalão”, como as citadas anteriormente. Situações impensáveis há alguns anos, em países tradicionalmente tidos como estáveis e prósperos economicamente, como, por exemplo, o desemprego recorde (27%, chegando a 50% para a população jovem) na Espanha, assolam estes países<sup>1</sup>.

O Brasil, no entanto, apresenta grande destaque econômico, estando o país atualmente classificado como a sexta maior economia do mundo. Porém, percebe-se que, ao mesmo tempo em que cresce financeiramente, aumentam as desigualdades, pois a riqueza segue concentrada nas mãos de poucos, ou seja, o povo não consegue colher os frutos deste desenvolvimento.

### 2.1 O BRASIL NO CENÁRIO ATUAL: ALGUMAS REFLEXÕES

O Brasil tem sua história marcada por manifestações que mudaram os rumos da política brasileira como, por exemplo, as Diretas Já<sup>2</sup> e os Caras-Pintadas<sup>3</sup>, porém

---

<sup>1</sup> REVISTA VEJA. Edição de 01/10/2013. Disponível em: [www.veja.abril.com.br/noticia/economia/desemprego-na-zona-do-euro-fica-em-12-em-agosto](http://www.veja.abril.com.br/noticia/economia/desemprego-na-zona-do-euro-fica-em-12-em-agosto). Acesso em: 20/10/2013

<sup>2</sup> “Diretas Já” foi um movimento político-democrático com grande participação popular, que ocorreu no ano de 1984. O movimento reivindicava as eleições diretas no país, que estava sob o regime da ditadura militar. Disponível em: <http://www.historiabrasileira.com/brasil-republica/diretas-ja/>. Acesso em: 12 out. 2013

<sup>3</sup> “Os caras-pintadas” foi um grande movimento estudantil brasileiro realizado no ano de 1992 tendo como principal objetivo o *impeachment* do presidente Fernando Collor de Melo, que presidia o Brasil nesta época. O movimento deu-se após denúncias de corrupção. Disponível em: <http://www.historiabrasileira.com/brasil-republica/diretas-ja/>. Acesso em: 12 out. 2013.

a população, que há mais de vinte anos parecia estar acomodada, voltou a mostrar a sua força. Os protestos no Brasil em 2013 surgiram com as insatisfações em relação às abusivas tarifas do transporte público, com o movimento nomeado “Passe Livre”. As manifestações ganharam outros direcionamentos, como reivindicações por: melhorias na saúde, na educação, na segurança, contra os excessivos gastos públicos que estão sendo despendidos em obras para sediar a Copa do Mundo em 2014 (em detrimento dos investimentos que necessitam ser destinados à saúde e à educação), contra a corrupção, o alto valor dos salários dos políticos, entre outras reivindicações. As manifestações tomaram grandes proporções nas ruas de diversas cidades e tiveram como característica a pluralidade, ou seja, não havia uma pauta principal, e, sim, várias, fato este que difere de movimentos anteriores os quais levantavam uma única bandeira, o que reflete a insatisfação da população com diversos setores da sociedade.

Conforme mencionado anteriormente, vivencia-se no Brasil uma fase de ascensão econômica, porém, o crescimento do capitalismo, contraditoriamente, contribui com o aumento das desigualdades. A antiga relação conflituosa entre capital e trabalho que é a raiz da Questão Social, a qual de acordo com (IAMAMOTO, 2000) é o conjunto das expressões da sociedade capitalista, traz novas e antigas expressões que se apresentam com outras roupagens. A origem da desigualdade está nesta relação capital e trabalho, onde a concentração da riqueza ficou nas mãos de poucos, o acesso aos bens e as tecnologias não estão ao alcance dos segmentos menos favorecidos da população, que recebem do Estado políticas sociais compensatórias e não emancipatórias. Sendo assim, é nesta tensão entre a produção da desigualdade, da rebeldia e da resistência que trabalham os Assistentes Sociais, em um espaço que é movido por interesses sociais antagônicos.

O Serviço Social, que tem como objeto de trabalho a questão social, necessita, conforme Bravo e Mattos (2009), interpretar novas mediações pelas quais a Questão Social se expressa na atualidade:

Na atualidade, a “questão social” diz respeito ao conjunto multifacetado das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. A questão social expressa desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes

sociais mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnicas raciais e formações regionais (BRAVO; MATTOS, 2009, p.176).

Neste mesmo momento histórico, a cidadania levanta sua voz através das manifestações populares, que estavam enfraquecidas nas últimas décadas, um movimento de resistências por parte dos sujeitos sociais, que vivenciam as desigualdades no cotidiano, possuindo unicamente sua força de trabalho para sobrevivência e que dispendem na acumulação do capital.

Os atos de protestos organizados através das redes sociais configuram o momento em que se vive: a chamada era digital, onde as informações circulam em grande velocidade. Porém, ao mesmo tempo em que os avanços tecnológicos, como a Internet, trazem facilidades à vida moderna, tornam os sujeitos vulneráveis, na medida em que se subestimam os perigos virtuais. A exposição excessiva, como, por exemplo, o episódio de espionagem<sup>4</sup> pelo governo americano da atual presidenta do Brasil, fato este que está sendo considerado um histórico abalo nas relações entre esses países. No dia 24 de setembro de 2013, a Presidenta da República, em discurso durante a abertura do Foro Político de Alto Nível sobre Desenvolvimento Sustentável em Nova Iorque/Estados Unidos, referiu sobre a espionagem americana:

(...) As tecnologias de telecomunicações e informações não podem ser o novo campo de batalha entre os Estados. Este é o momento de criarmos as condições para evitar que o espaço cibernético seja instrumentalizado como arma de guerra, por meio da espionagem, da sabotagem, dos ataques contra sistemas e infraestruturas de outros países (...) (ZERO HORA, 2013).

Na atualidade, toda a rotina está transformada pelos recursos tecnológicos, pela conexão com o mundo, mas, ao mesmo tempo, se está isolado, vivendo relações virtuais em detrimento das pessoais. Está-se cercado pela informação, porém vive-se em um processo de alienação, à medida que não se problematiza esta realidade e a interação com o outro é medida pela tecnologia. É nesse contexto

---

<sup>4</sup> A atual Presidenta do Brasil, Dilma Rousseff, foi vítima de um esquema de espionagem pelo governo dos Estados Unidos. Foi instalado um *software* que captura tudo o que o usuário faz na Internet, incluindo os conteúdos de e-mails e sites visitados. Disponível em: <http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/mundo/noticia/2013/09/planalto-cobrara-explicacoes-dos-eua-sobre-espionagem-a-dilma-4254832.html>. Acesso em: 09 set. 2013.

histórico que se realizou o Estágio Curricular em Serviço Social, cujo espaço será apresentado a seguir.

## 2.2 CENÁRIO DO APRENDIZADO

O Estágio Curricular supervisionado<sup>5</sup> em Serviço Social é parte obrigatória da grade curricular, dos cursos de Graduação em Serviço Social, na Faculdade de Serviço Social da PUCRS. É chamado de Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social, sendo realizado em três níveis (I, II e III), com duração de três semestres. A carga horária preconizada nos documentos é de 570 horas, distribuídas em três semestres. Este período é de suma importância para a formação profissional, visto que é neste processo que o acadêmico depara-se com a realidade, construindo a sua identidade profissional, através das diversas situações que se apresentam para o fazer do Assistente Social no espaço institucional; é no estágio que se estabelece relações entre o conhecimento, as leituras e as discussões de sala de aula, com a experiência da realidade, ou seja, é o momento em que se faz a relação da teoria com a prática:

O estágio se constitui num instrumento fundamental na formação da análise crítica e da capacidade interventiva, propositiva e investigativa do(a) estudante, que precisa apreender os elementos concretos que constituem a realidade social capitalista e suas contradições, de modo a intervir, posteriormente como profissional, nas diferentes expressões da questão social, que vem se agravando diante do movimento mais recente de colapso mundial da economia, em sua fase financeira, e de desregulamentação do trabalho e dos direitos sociais (ABEPSS, 2009, p.11).

Nesse sentido, o Estágio Curricular Obrigatório I prevê: *o estudo e problematização do espaço socioinstitucional, bem como o reconhecimento dos sujeitos atendidos pela instituição e de suas demandas, na perspectiva da realização do processo de análise institucional; fundamental para identificação e compreensão das expressões da questão social, que, segundo Iamamoto (2000), é o objeto de trabalho do Assistente Social. O processo de conhecimento institucional não se dá*

---

<sup>5</sup> Art. 2º. A Supervisão direta de estágio em Serviço Social é atividade privativa do assistente social, em pleno gozo dos seus direitos profissionais, devidamente inscrito no CRESS de sua área de ação, sendo denominado supervisor de campo o assistente social da instituição campo de estágio e supervisor acadêmico o assistente social da instituição de ensino (RESOLUÇÃO CFESS nº 533, de 29 de Setembro de 2008). Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao533.pdf>. Acesso em: 13 out. 2013.

apenas pela busca em arquivos, mas sim por um processo de observações e escutas expressas no espaço de trabalho. No dia a dia do movimento institucional, há uma aproximação da história viva da instituição, ou seja, o que realmente perpassa os diversos espaços e quem são os atores que dela fazem parte. Não é suficiente conhecer somente o espaço físico, é necessário ir além do aparente, ou seja:

O conhecimento da realidade institucional também é fundamental na atividade de estágio, pois possibilita ao estagiário de Serviço Social conhecer os limites da instituição, entender as relações de poder que se estabelecem e como construir estratégias inerentes à ação profissional. Ao se defrontar com o contexto institucional, o estagiário também tem a oportunidade de se aproximar dos diferentes papéis dos sujeitos inseridos no exercício profissional (...) (OLIVEIRA, 2009, p.104).

Em um movimento de aproximações sucessivas com a realidade, o Estágio Curricular Obrigatório II<sup>6</sup> tem a ênfase na elaboração do projeto de intervenção, visto que para propor é necessário conhecer o local que se está inserido, bem como o seu público e suas legítimas demandas. Dessa forma, poder realizar e planejar ações que contemplem as necessidades dos usuários, porém dentro das possibilidades da Instituição, é necessário articular as dimensões teórico-metodológica e ético-política, para o desenvolvimento da dimensão técnico-operativa. No currículo da disciplina de Estágio Curricular em Serviço Social II está contemplado o seguinte:

A disciplina de Estágio Curricular em Serviço Social II tem como ênfase a dimensão técnico-operativa, que deve concretizar-se através da execução do projeto de intervenção do estágio, desenvolvendo as demais dimensões do processo de profissionalização, ou seja, a dimensão teórico-metodológica e a dimensão ético-política. Para o desenvolvimento articulado destas três dimensões será imprescindível o aprofundamento da leitura crítica da realidade socioinstitucional, bem como, o reconhecimento da história e particularidades dos sujeitos e suas demandas (Disciplina de Estágio Curricular em Serviço Social II, 2012/2, PUCRS).

---

<sup>6</sup> A disciplina de **Estágio Obrigatório Curricular II** tem como **Objetivo Geral**: Desenvolver a compreensão e o manejo da instrumentalidade profissional, visando à elaboração e à execução do projeto de intervenção, na perspectiva da promoção do acesso aos direitos dos usuários. **Específicos**: 1- Elaborar e executar o projeto de intervenção de acordo com as contingências de seu contexto institucional, considerando possibilidades e limites, a partir da compreensão do objeto da profissão (fragilidades e potenciais); 2- Expressar as dimensões da competência profissional na documentação de estágio; 3- Aprofundar e aprimorar a análise socioinstitucional; 4- Demonstrar compreensão sobre o processo de trabalho e seus elementos constituintes (Disciplina de Estágio Curricular em Serviço Social II, 2012/2, PUCRS).



No que se refere ao Estágio Curricular em Serviço Social III<sup>7</sup>, este enfatiza a avaliação dos processos de trabalho, a partir de uma reflexão crítica acerca da execução do projeto de intervenção. O Projeto de Intervenção elaborado e tema deste Trabalho de Conclusão será apresentado no próximo capítulo. Cabe destacar que não se realizou o Estágio Curricular em um mesmo campo, fato este que se mostrou um desafio, pois, a partir da troca de campo, houve a necessidade do entendimento acerca da Instituição em um curto período.

O Estágio Curricular em Serviço Social I foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 2010/1; e os estágios II e III no Hospital São Lucas da PUCRS<sup>8</sup> (HSL), nos anos de 2012 e 2013, o qual é uma instituição privada sem fins lucrativos e parte do terceiro setor. O Terceiro Setor é entendido como o conjunto de organizações com fins públicos, mas de caráter privado, regidas pelo direito privado, mas sem objetivos mercantis, constituindo uma esfera de atuação não estatal (FERNANDES, 2009).

Quanto ao Terceiro Setor destaca-se que as entidades que dele fazem parte estão ampliando a participação na assistência à saúde da população, na medida em que o Estado se afasta e minimiza seu papel. As atividades em saúde não são privativas somente do Estado<sup>9</sup>, e o Estado não dá conta sozinho de tal atribuição, o que cria uma série de estratégias do sistema capitalista como: convênios, compra e

---

<sup>7</sup> A disciplina de **Estágio Curricular Obrigatório III** tem como **Objetivo Geral**: Reconhecer a disciplina de **Estágio Curricular em Serviço Social III** como processo e elemento constitutivo da formação profissional, cujas estratégias de intervenção constituam-se na promoção do acesso aos direitos pelos usuários. **Específicos**: 1- Dar continuidade ao processo de execução e monitoramento do projeto de intervenção elaborado. 2- Descrever e construir análises teórico-reflexivas sobre o cotidiano de estágio e o desenvolvimento da instrumentalidade, com qualidade e consistência teórico-metodológica e a orientação ético-política da contemporaneidade da profissão. 3- Dar continuidade ao processo de realização análise crítica sobre o espaço socioinstitucional, a fim de estabelecer relação com as políticas sociais, com a legislação e com a rede de apoio. 4- Aprofundar o reconhecimento das expressões de resistência, participação e organização do segmento popular particularizado no estágio, buscando conhecer conselhos de direitos, associações comunitárias, grupos de convivência, de participação, organizações políticas e a diversidade das expressões singulares dos sujeitos sociais. 5- Avaliar a execução do projeto de intervenção quanto ao alcance dos objetivos propostos e impactos produzidos ao longo do desenvolvimento do mesmo. 6- Identificar as mudanças que foram realizadas no projeto de intervenção como consequência da análise reflexiva da realidade socioinstitucional e social (Disciplina de Estágio Curricular em Serviço Social III, 2013/1, PUCRS, 2013).

<sup>8</sup> As informações a respeito do Hospital São Lucas estão baseadas nas informações contidas no site oficial do hospital, disponíveis em: [www.hospitalsaolucas.pucrs](http://www.hospitalsaolucas.pucrs). Acesso em: 3 maio 2013.

<sup>9</sup> É importante salientar que se refere a Estado no sentido jurídico, como sendo a manifestação do Poder Público, dividido em três poderes: Legislativo, o Executivo e o Judiciário. Esses poderes exercem suas competências e se organizam, com mais ou menos independência, segundo os limites e diretrizes constitucionais e segundo a forma e regime do Estado, instituídos pela Constituição Federal (AZEVEDO apud SIMÕES, 2009, p. 28).

venda de serviços de saúde e outros. Sabe-se que direitos sociais como a saúde, não são pauta de interesse do capitalismo, o qual transforma a saúde em mercadoria; ou seja, a saúde que é um direito passa a ser um produto e o cidadão um consumidor, que terá acesso à qualidade se possuir poder aquisitivo, reiterando, dessa forma, os processos de desigualdades:

De um governo que busca, a qualquer preço, estabilidade econômica, colhemos uma concentração brutal de riqueza que tem resultado na perda das já escassas conquistas sociais, fruto do não investimento e ampliação dos serviços sociais e sua consequente destruição. Mesmo direitos garantidos no texto constitucional, como a saúde, vêm recebendo do Estado tratamento de mercado (...) (VASCONCELOS, 2009, p. 83).

Nessa perspectiva, a saúde transforma-se em um mercado com uma acirrada competitividade por lucro, distanciando-se do caráter universal e integral preconizado pela Constituição de 1988. Diante desta realidade, a sociedade civil intervém, não somente na saúde, mas também na educação e assistência social, buscando soluções para suas necessidades fora da lógica do mercado. Em um processo contraditório, à medida que a sociedade vem se organizando para enfrentar as desigualdades, o Estado transfere sua responsabilidade para a sociedade civil, gerando uma desconstrução na concepção de direitos que devem ser garantidos pelo Estado aos cidadãos (MONTANÕ, 2002).

Assim, considerando que a instituição em que foi realizado o Estágio Curricular faz parte do Terceiro Setor, é importante informar, como está preconizado, que para se constituir como entidade filantrópica<sup>10</sup>, uma instituição de Saúde deve ter no mínimo 60% dos seus atendimentos destinados a usuários do Sistema Único de Saúde. Esta é uma configuração do Hospital São Lucas da PUCRS, que atua como um hospital conveniado do Estado e, dessa forma, recebe financiamento da União. Criado por uma congregação religiosa, o hospital foi inaugurado em 1976, sendo um dos primeiros investimentos da Congregação Marista na área da Saúde; tem como mantenedora a UBEA – União Brasileira de Educação e Assistência – Sociedade Civil da Congregação dos Irmãos Maristas. Nasceu com a finalidade de servir como campo de prática para a Faculdade de Medicina da PUCRS, desde sua

---

<sup>10</sup> São consideradas entidades filantrópicas as portadoras do “Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social”, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão colegiado subordinado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

gênese; portanto, sua função é como campo de ensino e prática profissional e não teve como principal objetivo ou objetivo primeiro a saúde da população.

É importante destacar que, na época da criação do HSL, a saúde no Brasil ainda era de competência do INAMPS, o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. O atendimento médico era restrito aos trabalhadores que tinham vínculo empregatício formal (TEIXEIRA, 1995), ou seja, aqueles que contribuíam com a Previdência Social, fator esse que gerava uma grande desigualdade no tratamento de assistência à saúde da população.

Nessa época, a organização de saúde era deficitária, os serviços oferecidos eram de baixa qualidade, sendo que os recursos financeiros eram poucos, faltavam equipamentos e funcionários especializados. As ações em saúde eram predominantemente amparadas em um modelo hospitalocêntrico, com caráter curativo, focado na doença, não considerando os aspectos sociais dos sujeitos. Esta característica histórica das ações em saúde será abordada no próximo capítulo, quando se tratar da história da saúde pública no Brasil.

Ao analisar a missão<sup>11</sup> do HSL, observa-se que esta aponta para o compromisso com relação ao ensino e à pesquisa em saúde, pois se trata de um hospital-escola, desenvolvendo projetos de pesquisas básicas e clínica, articulando com as faculdades da área das ciências da saúde, o instituto de pesquisas biomédicas e o instituto de geriatria e gerontologia. Esta característica de ser um hospital-escola, na atualidade, possibilita benefícios à população usuária, dispondo de recursos e tratamentos avançados em muitas especialidades médicas.

Nessa perspectiva, a Visão da instituição é: ser reconhecida internacionalmente como hospital referência em gestão, assistência, ensino e saúde. Destaca-se a preocupação em agregar ensino e assistência, ou seja, contemplar os objetivos da universidade e da população. Possui atualmente um quadro profissional<sup>12</sup> composto por dois mil oitocentos e noventa (2.890) funcionários

---

<sup>11</sup> A missão da instituição é ser um Hospital Universitário, qualificado pela interação assistência/ensino/pesquisa, orientado por valores humanos, pela atuação interdisciplinar e pelo compromisso com a saúde da comunidade. Disponível em [www.hospitalsaolucas.pucrs.br](http://www.hospitalsaolucas.pucrs.br). Acesso em: 3 maio 2013.

<sup>12</sup> As informações referentes ao HSL estão baseadas nas informações contidas no Relatório Social de 2012. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/Ebooks/Web/relatoriosocial/2012/dimSaude.html>. Acesso em: 24 out. 2013.

contratados, incluindo cinco assistentes sociais, 1.200 médicos clínicos. Também faz parte do quadro de funcionários, 162 médicos residentes e duas residentes de Serviço Social. A forma de contratação dos funcionários realiza-se através do envio do currículo por e-mail ou entrega no CIDAPE<sup>13</sup>, os candidatos participam de uma prova seletiva específica de cada área, entrevista com psicólogo e exames médicos. De acordo com o relatório 2012 são atendidas diariamente no hospital dezoito mil pessoas (18.000), pois está localizado em uma região de fácil acesso.

Após apresentar a instituição onde foi realizado o estágio, no capítulo a seguir aborda-se a política pública à qual a instituição está vinculada. Sabe-se da importância de todas as políticas e de suas articulações, porém se centrará atenção na política de saúde, visto que a intervenção foi feita junto a usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

---

<sup>13</sup> CIDAPE – Centro de Integração e Desenvolvimento Assistência/Pesquisa/Ensino. Local onde são realizadas a atração, seleção, capacitação e acompanhamento dos colaboradores do quadro funcional. No que se refere à pesquisa, juntamente com a Comissão Científica, o comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS e a comissão de Ética no uso de Animais, dão suporte aos pesquisadores na realização de Projetos de Pesquisas. No ensino, o Centro de Integração viabiliza as condições necessárias para acolhimento de alunos e docentes da PUCRS e de outras instituições na realização de Estágios Obrigatórios, Cursos Práticos de Extensão e Visitas nas dependências do Hospital. Disponível em: <http://www.hospitalsaolucas.pucrs.br/portal/?url=cidape&img=3>. Acesso em: 19 nov. 2013.

### 3 HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Ao analisar a história da Política de Saúde no Brasil, percebe-se que esta sofre influências do contexto político-social pelo qual o país vem passando, sendo impossível dissociá-la deste processo, (POLIGNANO, 2012). Assim, para que se possa entender esta realidade contraditória existente na atualidade, faz-se necessário conhecer os determinantes históricos. Salienta-se que em virtude do que se propôs problematizar nesta monografia, não se realizará uma análise bibliográfica da história da Política de Saúde no Brasil. Nesse sentido, se dará maior atenção para alguns aspectos e alguns momentos históricos que se julga fundamental para poder situar o momento histórico em que se encontra a Saúde Pública no Brasil.

#### 3.1 UMA VISITA À HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE

Até a Constituição de 1988, a Saúde Pública no Brasil não era entendida como um direito de todos: seu acesso era privado, os atendimentos se davam aos que possuíam condições financeiras para pagar e aos que tinham vínculo empregatício, sendo obrigatória a apresentação da carteira de trabalho. Os que não trabalhavam, e que não podiam pagar pelo atendimento, tinham suas necessidades de saúde atendidas em caráter de caridade, nas Santas Casas de Misericórdia; ou seja, grande parte da população era duplamente excluída, não conseguia espaço no mercado formal de trabalho e, conseqüentemente, não tinha direito ao atendimento digno de saúde.

Inicia-se este resgate histórico na década de 20, por entender que naquela época houve uma ampliação nos serviços de atendimento à classe trabalhadora, com a Reforma Carlos Chagas, em 1923, a qual constituía uma estratégia da União para ampliar o poder nacional, no núcleo da crise política que estava em andamento, a partir de 1922 (BRAVO, 2009).

O século XX foi marco do início da industrialização no Brasil, período em que houve um grande e crescente aumento da população em busca de oportunidades de trabalho nas regiões urbanas; fato que acarretou precárias condições de vida da classe menos favorecida, devido à falta de saneamento e péssimas condições de

moradia, ocasionando em deterioração das condições de sobrevivência deste segmento populacional e, conseqüentemente, um grande aumento no número de epidemias. As condições de trabalho e as longas jornadas nas fábricas eram precarizadas, ocasionando o adoecimento da classe operária que não possuía nenhum direito trabalhista.

Os operários na época não tinham quaisquer garantias trabalhistas, tais com: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Os imigrantes, especialmente os italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, e desta forma procuraram mobilizar a classe operária no Brasil na luta pela conquista dos seus direitos (POLIGNANO, 2012, p.6).

Essas condições insustentáveis em que muitas pessoas viviam, deram origem a uma forte pressão da massa operária sobre o Estado, sendo necessário que seus governantes buscassem alternativas para amenizar as insatisfações da classe trabalhadora. As ações em saúde mascaradas como de apoio e cuidado aos trabalhadores eram produto da necessidade das indústrias de manter a capacidade laborativa de seus operários, ou seja, eles precisavam manter-se saudáveis para gerar lucro.

No que se refere à proteção social, cria-se, em 1923, a primeira modalidade do que na atualidade se configura como Previdência Social e que na época eram as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), conhecidas como a Lei Elói Chaves, sendo financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Os benefícios previstos pelas CAPs aos contribuintes abrangiam além da assistência médica-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Na década de 30 os trabalhadores realizaram relevantes conquistas, com o surgimento de uma nova estruturação de Previdência Social, sendo as CAPs absorvidas e unificadas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais foram criados de acordo com capacidade de mobilização e importância da categoria profissional.

Dessa forma, sucessivamente foram instituídos os dos Marítimos (IAPM), dos Bancários (IAPC), dos empregados de transportes e cargas (IAPETEC), entre outros e, assim, os trabalhadores eram congregados por categorias profissionais. Os IAPs, em virtude do modelo sindicalista de Getúlio Vargas, passam a ser dirigidos por entidades sindicais, ao contrário das CAPs que eram dirigidas por empresas, (COHN, 2005).

Percebe-se que, ao longo da história, os trabalhadores têm lutado por reconhecimento profissional, melhores condições de trabalho e saúde; e as transformações existentes na atualidade foram reflexos das lutas travadas por atores sociais, que destemidamente buscaram, em uma sociedade historicamente desigual, a condição de cidadão de direitos.

No que se refere aos IAPs, a literatura aponta que eles serviam como significativo mecanismo de controle social, visto que os recursos arrecadados pelos institutos eram utilizados pelo governo para financiar a indústria do país. Cabe destacar que este controle ao qual se referiu não é no sentido de que a população pudesse participar dos processos decisórios do governo, pois esta foi uma conquista somente garantida à sociedade na Constituição de 1988. Refere-se ao controle propriamente dito, que o estado tentava manter sobre a população, uma vez que o povo não possuía qualquer possibilidade de participar das decisões governamentais.

Pode-se considerar a década de 30, no Brasil, de acordo com Bravo (2009), uma década com características econômicas e políticas favoráveis para o surgimento de políticas sociais; isso porque se tornava latente a necessidade da intervenção estatal nas questões sociais e principalmente nas questões relacionadas à saúde Pública, tendo em vista a precariedade das condições de vida e as reivindicações da classe operária. Nesse sentido, a formulação da política de saúde neste período foi organizada em dois subsetores:

O subsetor de Saúde Pública será predominante até meados de 60 e se centrará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de Medicina Previdenciária só virá sobrepujar o de Saúde Pública a partir de 1966 (BRAVO, 2006, p.91).

Nessa década, o governo Brasileiro iniciou a delinear a Política Nacional de Saúde; porém, somente nos anos de 1945 e 1950, esta política teve materialização, momento este em que foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública<sup>14</sup>, conveniado com órgãos do governo americano e com o Plano Salte, idealizado em 1948 e aprovado em 1950, prevendo o direcionamento de verbas públicas para áreas consideradas emergenciais como: alimentação, transporte, energia, sendo a saúde como objetivo principal. Os investimentos nestas áreas previstos pelo plano não foram implementadas. As ações em saúde neste período foram insuficientes para mudar o cenário de doenças infecciosas, parasitárias e os altos índices de morbidade e morte infantil (BRAVO, 2009).

No que se refere à evolução histórica da Previdência Social, nos anos de 1966, a Lei Orgânica da Previdência Social tornou unificado os IAPs, e, conseqüentemente, a criação do Instituto Nacional e Previdência (INPS), transformando estes institutos em regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Porém, não foram incluídas as categorias de trabalhador doméstico, funcionários públicos e trabalhadores rurais.

Na da década de 1964 a 1986, o Brasil vivenciou um regime de ditadura Militar, período em que os militares deram um golpe de estado, assumindo o poder e comandando o país através de um regime ditatorial, marcado por medidas antidemocráticas. Porém, foi neste contexto de supressão dos direitos sociais que se iniciou um debate acerca dos rumos da Saúde Pública, criando-se as primeiras bases do que na atualidade se configura como o Sistema Único de Saúde – SUS, sobre o qual se fará uma abordagem ampla ainda neste capítulo.

A insatisfação da população com um sistema de saúde ineficaz, mal distribuído e inadequado foi lentamente ganhando sustentabilidade, através de estudantes, profissionais da saúde, entre outros atores sociais que buscavam mudar esta realidade, organizando-se um movimento social chamado de Reforma Sanitária

---

<sup>14</sup> O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi fundado em 1942, funcionando como uma agência bilateral brasileiro-americana, com um estatuto jurídico especial que lhe garantia ampla autonomia em relação ao Ministério da Educação e Saúde. O motivo original para a organização do SESP está diretamente ligado ao interesse norte-americano em fomentar políticas sanitárias em determinadas regiões do Brasil, com o objetivo de melhorar a produção de matérias-primas, como a borracha e o minério, para os Aliados durante a Segunda Guerra Mundial. Disponível em: <http://www.revistadehistoria.com.br/secao/livros/politicas-internacionais-de-saude-na-era-vargas-o-servico-especial-de-saude-publica-1942-1960>. Acesso em: 09 nov. 2013.



Brasileira. Assunto que será tratado no próximo item, tendo em vista a importância deste movimento na luta pela garantia da saúde como direito universal, servindo de base para a consolidação do SUS, pela Constituição de 1988, e sua regulamentação em 1990.

### 3.2 MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA: REFORMA OU TRANSFORMAÇÃO?

A sociedade brasileira está historicamente marcada por interesses e lutas de classes. Os movimentos sociais começaram a ter maior visibilidade em meados da segunda metade do século XX, sendo que dos anos de 1964 a 1985 o Brasil viveu uma época em que o exercício de cidadania e dos direitos constitucionais foram reprimidos pela Ditadura Militar. Durante esta época já estava latente, embora sufocado pela ditadura, o movimento chamado Reforma Sanitária, o qual atingiu seu auge no final da década de 1970, início dos anos 80. Este movimento visava ampliar o conceito de saúde, a unificação dos serviços, a participação dos usuários, a ampliação do acesso e a qualidade da atenção, ou seja, a Reforma Sanitária pode ser considerada mais que uma luta por políticas de saúde e sim uma luta por democracia. Segundo Teixeira, a Reforma Sanitária pode ser entendida como:

Um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 1995, p.194).

Este movimento social estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, no movimento popular e em experiências regionais de organização de serviços, contribuindo, de forma muito significativa, na inserção da participação social nas políticas públicas; surge, a partir de então, uma nova configuração de sujeito coletivo, com possibilidade de pensar formas mais adequadas às necessidades da população no que se refere à atenção à saúde.

A Reforma Sanitária teve como marco para sua consolidação a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, em Brasília, contando com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da

sociedade organizada, onde foram discutidos temas como: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. No relatório final desta conferência, a saúde passa a ser entendida como:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (RELATÓRIO FINAL DA VIII CNS, 1986).

Nessa perspectiva, a Reforma Sanitária foi consequência de uma revolução política e social, sendo uma grande conquista em direção à democratização da saúde. Porém, percebe-se que, embora as transformações na saúde pública sejam reflexos deste movimento, as atuais mudanças neste setor ainda não conseguem contemplar amplamente os propósitos da Reforma Sanitária. Tendo em vista alguns de seus princípios como a Universalidade, que prevê o acesso à saúde um direito de todos, não somente a ações curativas, mas as preventivas; visto que, se houver maior investimento em prevenção, menor será o número de pessoas doentes, e ainda menor serão os gastos com medicação e tratamentos, ou seja:

Não é o sistema, entretanto que não funciona bem. É que depende diretamente de recursos e das políticas econômicas. As condições de emprego, habitação, alimentação, educação, lazer e transporte interferem intensamente no elevado grau de doenças da população. Nessas condições, os orçamentos públicos a ele destinados são insuficientes (SIMOES, 2009, p.134).

A integralidade, como princípio do SUS, preconiza que todos os cidadãos devem ter suas necessidades atendidas integralmente, que cada um deve ser atendido de acordo com a sua necessidade, mostra-se como um desafio. Muitas são as limitações para este princípio ser de fato efetivado, visto que as ações em saúde são insuficientes para atender as necessidades da população, que necessita esperar meses por um exame, por uma cirurgia, procedimentos que se fossem realizados em menor período de tempo evitaria o avanço da doença. O que se trata aqui é dos desafios ainda postos a um sistema que se propõe universal, integral e equitativo. Esses desafios foram observados no campo de estágio, nas falas dos usuários de saúde e dos trabalhadores. O depoimento abaixo denuncia essa realidade:

Tive que esperar seis meses para fazer uma ressonância, o médico disse que era para eu fazer particular, fui me informar, mas custa mais de mil reais, eu não tenho condições. Depois levei mais um mês para mostrar para o médico para ele me falar que eu estava com câncer avançado, depois esperei mais dois meses para iniciar a quimioterapia e o médico ainda falou que eu tive sorte, pois consegui iniciar rápido. É triste pensar que a minha saúde vale menos do que a das pessoas que tem dinheiro (...). (...) Eu também tenho meus filhos para criar (...) (STEDILE, Diário de Campo, 05/11/2012).

Esse depoimento reflete o drama vivido por muitos brasileiros e denuncia que o Estado tem garantido o mínimo aos que não podem pagar, deixando para o setor privado o atendimento aos que possuem maior poder aquisitivo (BRAVO, 2006). Nessa ótica, verifica-se que a saúde ainda está longe de ser um direito igual para todos, visto que seu acesso é diferenciado entre o setor público e o privado. Essa conclusão se antagoniza com o proposto pela Reforma Sanitária, bandeira da 8ª Conferência Nacional de Saúde e texto da Constituição Federal de 1988.

### 3.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 consolidou no seu texto o que se refere aos direitos da população, sendo que um dos maiores avanços, em se tratando de proteção social, foi: a Integração da Saúde, Assistência Social e Previdência Social, que passaram a integrar a Seguridade Social. As propostas da Reforma Sanitária foram absorvidas nesta Constituição, a qual incluía, pela primeira vez, uma seção sobre a saúde, incorporando grande parte dos conceitos estabelecido na 8ª Conferência Nacional. Na seção que vai dos artigos 196 a 200 fica instituído constitucionalmente o SUS – Sistema Único de Saúde, e a saúde como um direito de todos e dever do Estado, ou seja:

Art. 196 - A saúde é um direito de todos e um dever do Estado assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Constituição preconizou a garantia do atendimento a todos os cidadãos, independente de renda, classe social ou contribuições previdenciárias de forma gratuita. O SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde<sup>15</sup> (LOS), nº 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde; sua implementação tornou o sistema unificado e descentralizou sua gestão, já que, anteriormente, a saúde era de responsabilidade de vários ministérios e gerenciada exclusivamente pelo poder Executivo. Com a nova lei, a saúde passou a ser administrada pelos Estados e Municípios, constituídos por várias instituições dos três níveis de governo e pelo setor privado, que participa do SUS por meio de contratos e convênios, para a realização de suas finalidades públicas (BRASIL, 2005).

Para a execução do Sistema Único de Saúde são previstos princípios éticos, defendidos pela Reforma Sanitária, quais sejam: universalidade, deve atender gratuitamente a todos, sem nenhuma distinção – este princípio preconiza que o acesso a todos os serviços públicos de saúde e os contratados pelo poder público seja acessível a qualquer cidadão independente de sua renda; a integralidade, a saúde da pessoa deve ser tratada como um todo – este princípio é no sentido de que cada pessoa deve ser reconhecida como um todo indivisível, sendo as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde também oferecidas como um todo, sem ser compartimentalizadas; e a equidade, que deve oferecer seus recursos de acordo com a necessidade de cada um – as ações em saúde devem ser asseguradas a todos, independente do território onde estiver e de acordo com a complexidade de cada situação (BRASIL, 2005).

Porém, para que se efetivem os princípios éticos, são necessários princípios Operacionais. Os princípios operacionais são: descentralização, que prevê a redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federativos, sendo que cada um deve empregar corretamente os recursos que devem ser repassados a saúde; a regionalização e hierarquização, que prevê distribuição dos serviços, de modo que possa atender as necessidades da população de acordo com as regiões e em diferentes níveis de complexidade, a participação popular, que é de suma

---

<sup>15</sup> Lei que regulamenta, em todo o território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental. Enfatiza a descentralização político-administrativa.

importância para a democratização entre o estado e a sociedade. Este princípio reflete o direito e a capacidade dos indivíduos em interferir na direção da vida pública. A participação popular é um exercício que deve ser estimulado, para que possa se efetivar o controle social, sendo que há obrigatoriedade de construção de conselhos de saúde nos três níveis de governo, municipal, estadual e federal. Esses conselhos têm como função atuar na formação de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde, na instância correspondente (SIMÕES, 2009).

Os serviços de saúde prestados à população foram organizados em três níveis de complexidade<sup>16</sup>: atenção básica, média e alta. Os usuários devem procurar primeiramente a atenção básica (UBS), que é a porta de entrada para o sistema de saúde, onde deve ser classificado o tipo de assistência que este usuário necessita e então encaminhá-lo, se necessário, para os serviços de maior complexidade. Esta forma de organização dos serviços preconiza que as demandas sejam atendidas com efetividade, sem que os serviços de alta complexidade, os hospitais que já estão sobrecarregados, pois estes somente devem ser procurados em caso de especialidades ou extrema urgência; também tem como objetivo que os usuários sejam atendidos em seu território.

No presente estudo observa-se que no Hospital São Lucas este fluxo não está se efetivando como preconizado, pois grande número de pessoas que procuram a emergência com demandas, que, segundo os médicos, poderiam ser solucionadas nos atendimentos de menor complexidade. Esse fluxo faz parte do sistema de referência e contrarreferência, que é a forma como o usuário é encaminhado de um nível de complexidade para o outro. O usuário, conforme mencionado anteriormente, é atendido na Unidade Básica de Saúde, caso seja necessário, é encaminhado para os hospitais de alta complexidade (Referência); após ser atendido e o quadro clínico estabilizar, o usuário é reencaminhado para que a UBS para dar seguimento ao tratamento (Contrarreferência). Este modelo de hierarquização foi planejado para garantir o acesso dos usuários nos serviços de saúde, de acordo com suas reais necessidades de tratamento (BRASIL, 2005). Porém, a fragilidade deste funcionamento resulta em uma superlotação do setor de emergência do HSL, que possui 15 leitos, mas, frequentemente, opera com o dobro

---

<sup>16</sup> PORTAL SAÚDE. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b\\_221210.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf). Acesso em: 09 jun. 2013.

ou até mesmo o triplo de sua capacidade. Os depoimentos dos usuários atendidos no estágio demonstraram a dificuldade que existe para que este fluxo seja efetivado:

Eu desisti de ir ao posto que é bem próximo a minha casa, porque nunca consigo ficha, prefiro vir ao Hospital, aqui eu sei que mesmo dormindo em uma cadeira eu vou ser atendida e eles fazem os exames. No posto tudo é muito demorado, no meu não tem ginecologista, como é que eu vou esperar, e se eu estiver com uma doença grave? (STEDILE, Diário de Campo, 24/08/2012).

Esta fala, bem como outras semelhantes, se repetiu cotidianamente e apontam as dificuldades de acesso à saúde: a falta de médicos nas Unidades Básicas de Saúde e a falta de estrutura. A longa espera por consultas, a falta de programas voltados aos familiares de acamados, enfim, são fatores que levam o usuário a deixar o atendimento próximo a sua casa, para enfrentar as condições de atendimento em uma emergência lotada, muitas vezes até agravando seu estado de saúde devido aos riscos de contaminação em local de doenças diversas.

Essas falas e depoimentos, em relação às dificuldades do acesso à saúde, dão vida à importância da intervenção do Assistente Social, na perspectiva da orientação aos usuários na luta e reivindicações por seus direitos; ou seja, incentivar a participação popular, ter um olhar para além da instituição, visto que a participação popular precisa ser fortalecida, exercendo o controle social através dos Conselhos de Saúde, pois é através das resistências que ocorrem as transformações. O princípio da participação popular é uma grande conquista, um mecanismo que necessita ser bem utilizado pela população.

Outra questão a ser considerada é o grande número de usuários advindos não somente da região metropolitana de Porto Alegre, mas também de diversos municípios do estado. Os usuários são encaminhados pelos municípios para as diversas especialidades ofertadas pela instituição, desde tratamentos mais simples até os mais complexos como quimioterapia e radioterapia.

A descentralização, um dos princípios organizativos do SUS, tem na sua concepção que a responsabilidade pela saúde deva ser descentralizada aos municípios, devendo ser fornecidas essas condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para atender seus usuários; ou seja, a população

deveria ser atendida nos seus territórios evitando assim grandes deslocamentos. Porém, fica comprovado no dia a dia que os municípios, seja por escassez de recursos<sup>17</sup> ou por problemas de gestão, não conseguem garantir o atendimento pleno de sua população, fazendo parcerias com outros que dispõem de procedimentos que não conseguem oferecer.

O que acontece é que muitos usuários saem de suas cidades para realizar tratamento na capital, e enfrentam, além do desgaste físico e emocional, a fragilidade no acolhimento. No caso de internação no HSL, não há fornecimento de alimentação para o acompanhante. Os usuários que vêm para exames e tratamentos rápidos, como a radioterapia que tem duração de no máximo 15 minutos, precisam ficar o dia inteiro na instituição, pois o transporte enviado pela Secretaria Municipal da Saúde chega no primeiro horário e somente retorna ao Município no final da tarde. Este tempo poderia ser mais bem aproveitado pelos profissionais, tanto do Serviço Social quanto de outras especialidades, se for por uma equipe interdisciplinar, proporcionando aos usuários atividades em grupos, oficinas, entre outras atividades que pudesse fortalecê-los ou oferecer espaço de discussões coletivas sobre a realidade enfrentada no acesso à saúde.

Apesar de todos os impasses que existem para plena efetivação do SUS, esta política trouxe vários benefícios garantindo direitos e é considerado um avanço, frente à precariedade do acesso à saúde no passado; porém, há ainda muitos entraves para efetivação no sentido de universalidade, desde interesses antagônicos entre setor público e privado. Quanto a isso a Constituição prevê, no artigo 199, que a iniciativa privada poderá participar do SUS, e que esta participação deve ser através de convênios ou contratos, os quais o poder público poderá alterar unilateralmente, tendo em vista o interesse público. O interesse público é o principal e o privado somente complementa nos aspectos em que o Estado momentaneamente não consegue prover (SIMÕES, 2009), porém o que se percebe é que a participação do setor privado na saúde pública, não contempla igualmente todos os segmentos populacionais.

---

<sup>17</sup> A manutenção do sistema de saúde é financiada de uma forma tripartite, ou seja, é feita pelas três esferas de governo: onde o município deve investir 15% de suas receitas com saúde, os estados 12% e a União Federal tudo que foi gasto no ano anterior mais a variação nominal do PIB, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29/00. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/6999/904/Financiamento-do-SUS.html>. Acesso em: 10 jun. 2013.

Constata-se, cotidianamente, através dos meios de comunicação, o quanto a saúde é tratada como mercadoria, vendida através de propagandas de medicamentos, de planos de saúde e de seguros de vida.

Nesse sentido, as deficiências no funcionamento dos setores da saúde pública, transformam-se em um mercado fértil para explorar, a exemplo dos planos de saúde; à medida que as pessoas conseguem obter um pouco mais de recursos financeiros, vão optar por essas modalidades pagas de atendimento à saúde. De acordo com dados do IBGE, pode-se verificar esta realidade:

Estima-se em 38,7 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que corresponde a 24,5% da população do País. Destes, 29 milhões (75%) estão vinculados a planos de saúde privados (operadoras comerciais e empresas com plano de autogestão) e 9,7 milhões (25%) estão vinculados a planos de instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar. A cobertura de planos de saúde é expressivamente maior (29,2%) nas áreas urbanas do que nas áreas rurais (5,8%) (IBGE, 2000).

Dessa forma, se está retrocedendo, sendo que nessa perspectiva o acesso à saúde não é igual para todos. Para ultrapassar esta situação é necessário manter viva a luta iniciada com o Movimento Sanitário, pois a melhoria da saúde pública deve ser uma realidade almejada por todas as classes sociais, evitando, assim, uma forte tendência que é a mercantilização da saúde; ou seja, para ter atendimento de qualidade é necessário pagar ou possuir plano de saúde.

Nesse sentido, o princípio da universalidade, que preconiza o atendimento gratuito a todos sem nenhuma distinção, não está se efetivando.

### 3.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

Como o Estágio Curricular em Serviço Social se deu junto à realidade oncológica, e é sobre esta experiência que se conduz esta monografia, faz-se indispensável uma abordagem acerca da Política Nacional de Atenção Oncológica



(PNAO). Sendo o câncer<sup>18</sup> considerado um problema de saúde pública, esta Política foi proposta como estratégia para ações integradas no controle desta doença, foi instituída pela Portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005, e objetiva a organização de uma linha de cuidados envolvendo todos os níveis de atenção (básica e especializada de média e alta complexidade). Na rede de Serviços Básicos de saúde e Equipes de Saúde da Família, devem ser garantidas, entre outras, as ações coletivas e individuais de promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como cuidados paliativos, seguimento e acompanhamento de doentes tratados. Na média complexidade deve ser realizada assistência diagnóstica e terapêutica especializadas, incluindo cuidados paliativos; enquanto que na alta complexidade deve ser garantido o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou definitivo de câncer realizando o tratamento.

A Política de Atenção Oncológica (PNAO) deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da saúde e com as Secretarias de Saúde dos Estados e municípios, e, dessa forma:

Desenvolver estratégias coerentes com a Política Nacional de Promoção da Saúde voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil, que promovam a qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a qualidade e a autonomia de indivíduos e coletividades (BRASIL, 2005).

As ações de prevenções ao câncer, embora devam perpassar todos os níveis de atenção à saúde, encontram na atenção primária maior possibilidade de ser mais efetivas, pois estão mais próximas da população, podendo ser realizadas abordagens de acordo com a realidade territorial. De acordo com INCA (2013), as

---

<sup>18</sup> Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Os tumores podem ter início em diferentes tipos de células; quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas; se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322). Acesso em: 06 nov. 2013.

ações de prevenção primária e detecção precoce podem reduzir significativamente o número de morte por alguns tipos de câncer considerados de maior incidência, como o de pele, pulmão, mama e colo do útero. No que se refere à formulação da Política Nacional de Atenção Oncológica, o Ministério da Saúde considerou alguns fatores, entre eles: a importância epidemiológica do índice de câncer no Brasil, o risco de câncer associado ao tabagismo, a ocupações, à incidência de raios ultravioleta, a hábitos sociais e alimentares e aos custos elevados na alta complexidade (BRASIL, 2005).

O câncer é uma doença muito temida, tendo em vista sua gravidade e tratamento; mesmo com o avanço da medicina, ainda não se podem definir com precisão suas causas, que, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2013)<sup>19</sup>, podem ser: externas ou internas ao meio ambiente; por hábitos como bebida e tabagismo ou, até mesmo, por determinação genética. O aumento dos casos de câncer nas últimas décadas está relacionado também ao processo de envelhecimento e ao aumento da expectativa de vida, que provoca maior exposição da população aos fatores de risco para as doenças crônico-degenerativas.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que surgirão aproximadamente 518 mil novos casos de câncer no Brasil em 2013. A previsão é de que 60.180 homens tenham câncer de próstata e 52,6 mil mulheres sejam diagnosticadas com câncer de mama. Em 2012, foram realizadas cerca de mais de 500 mil internações na rede pública para tratamento do câncer, ao custo de R\$ 806 milhões. Em 2010 (último dado consolidado), o Brasil registrou 179 mil mortes pela doença. O câncer dos brônquios e dos pulmões foi o tipo que mais matou (21.779 pessoas), seguido do de estômago (13.402), da próstata (12.778), da mama (12.853) e do cólon (8.385) (PORTAL SAÚDE, 2013).

A medicina muito tem avançado nesse sentido, com a descoberta de novos medicamentos, equipamentos de última geração e médicos especializados. Porém, mesmo com os avanços e tratamento para o diagnóstico, os casos de câncer continuam acentuados e a palavra câncer ainda está ligada à ideia de morte e perda. A pessoa com diagnóstico desta doença vivencia, além de sintomas

---

<sup>19</sup> O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Essas ações compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer, como parte dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/sobreinca/site/oinstituto>. Acesso em: 18 out. 2013.

adversos, prejuízos funcionais, profissionais, medo em relação ao futuro, a mutilações e dor.

A Política Nacional de Atenção Oncológica visa garantir a integralidade no atendimento a qualquer pessoa com câncer, por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Esses serviços devem oferecer atendimento integral e especializado, abrangendo diagnóstico, radioterapia, quimioterapia, cirurgia oncológica, reabilitação e cuidados paliativos. Nesse sentido, o Hospital São Lucas está classificado como um CACON, pois oferece serviços oncológicos. Destaca-se a quimioterapia por se tratar do setor em que se realizou o Estágio Curricular em Serviço Social.

A quimioterapia é um tipo de tratamento que consiste no uso de medicamentos chamados “quimioterápicos”, que atuam destruindo as células doentes, ou seja, interferem na capacidade de divisão desordenadas destas células. Entretanto, esses medicamentos acabam afetando também as células normais, provocando efeitos colaterais que são muito invasivos, em virtude da destruição indiscriminada do complexo celular, variando de acordo com o medicamento utilizado (INCA 2013). Entre as mulheres percebe-se que a queda dos cabelos é muito temida, pois este é um efeito muito visível, tornando a doença muito presente, ainda mais quando se trata do câncer de mama, pois há situações em que a mulher em tratamento quimioterápico também passou por um procedimento de mastectomia<sup>20</sup>, sentindo-se fragilizada e com baixa autoestima.

A descoberta precoce do câncer é imprescindível para aumentar as chances de cura, com o acesso rápido aos serviços; o que nem sempre é possível, dificultando o início do tratamento e acarretando em progressão da doença, visto que, de acordo com dados do Portal Saúde (2012) 1/3 dos casos de câncer pode ser prevenido; 1/3, curado ou controlado; e 1/3, apenas paliado. Porém, a realidade é que os serviços de saúde pública oferecidos à população ainda são insuficientes para atender a demanda, atingindo principalmente os segmentos menos favorecidos

---

<sup>20</sup> Mastectomia é um termo utilizado pela medicina para a remoção cirúrgica de um ou ambos os seios, parcialmente ou completamente, feito geralmente para tratar o câncer de mama. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000500021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000500021&script=sci_arttext). Acesso em: 23 jun. 2013.

socialmente, que mais sofrem com as deficiências destes serviços (VASCONCELOS, 2009).

Embora o câncer seja considerado uma doença que atinja sem discriminação a todas as classes sociais, nas classes menos favorecidas o adoecimento ainda é mais impactante, em virtude das privações financeiras e da dificuldade em buscar recursos avançados de tratamento.

Se a condição de pobreza, a miséria, o afastamento do trabalho estão presentes, o quadro de vulnerabilidade social acentua com a doença, limitando ainda mais o acesso a bens e serviços para a satisfação das necessidades básicas (CARVALHO, 2008, p. 99).

Cabe salientar que a ausência de saúde já é uma expressão da Questão Social, pois grande parte da população vive em condições precárias de vida, convivem com a falta de saneamento, de alimentação e a fragilidade das políticas públicas, tendo como consequência o adoecimento.

## 4 SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

Não se pretende realizar, neste capítulo, um extenuante nem aprofundado estudo bibliográfico acerca da trajetória histórica do Serviço Social no Brasil, mas reiterar a importância de, ainda que sinteticamente, abordar a origem da profissão e sua evolução<sup>21</sup>. Discorrer sobre atuação do Assistente Social na atualidade, sem fazer referência à sua origem histórica, é não levar em conta a trajetória desta profissão, que vem reinventando-se e superando-se na construção de uma identidade, da ruptura com uma prática atribuída e alienada que marcou o surgimento da profissão (MARTINELLI, 2006).

Dessa forma, é necessário conhecer e analisar a história para entender o presente, ou seja, todas as transformações que ocorrem na profissão não se deram em um movimento único, e sim em um longo percurso, marcado por lutas, conquistas e empasses. Neste capítulo também se aborda a atuação do Assistente Social na área da saúde, mais especificamente na área hospitalar, tendo em vista os desafios e possibilidades na perspectiva da defesa de direitos dos usuários.

### 4.1 TECENDO HISTÓRIA

No Brasil, o surgimento do Serviço Social deu-se na década de 1930, período em que iniciava o processo de urbanização e industrialização no país, também conhecido como a Era Getúlio Vargas<sup>22</sup>. O surgimento do Serviço Social está ligado à Igreja Católica, possuindo em sua gênese um caráter de caridade.

Na época, o Serviço Social era concebido como uma “missão”, um “serviço” à sociedade, que estava na dependência de uma “vocação” específica de seus agentes, a quem competiria, segundo expressões muito utilizadas na

---

<sup>21</sup> Autores como BULLA (2003) trazem uma densa pesquisa sobre o Serviço Social no Brasil e seus pioneiros. Sugerem-se, como leitura obrigatória, os artigos Relações sociais e Questão Social na Trajetória Histórica do Serviço Social Brasileiro e O Contexto Histórico de Implantação do Serviço Social no Rio Grande do Sul (2007).

<sup>22</sup> Era Vargas é como ficou conhecido o período de 1930 a 1945, onde, por quinze anos, Getúlio Vargas governou o Brasil de forma contínua. Período este que foi um grande marco na história brasileira, por ter havido grandes alterações sociais e econômicas no país, como, por exemplo: a criação da Justiça do Trabalho, em 1939; a criação de direitos trabalhistas, como o salário mínimo, carga horária de 48 semanais, carteira profissional e férias remuneradas (CARVALHO, 2007).

época, “fazer o bem-feito”. Isso significava realizar um trabalho de ajuda com competência técnica, com base em princípios filosóficos e morais, que seriam transmitidos aos assistentes sociais, através da educação (BULLA, 2003, p.8).

Os Assistentes Sociais atuavam junto ao proletariado, realizando ações que não promoviam a emancipação dos sujeitos; eram práticas pontuais, em forma de ajuda. Os profissionais realizavam ações de cunho educativo, respaldados pela Igreja Católica e pela Burguesia, ou seja, era uma prática estrategicamente utilizada pela burguesia no desenvolvimento de seu processo de hegemonia.

O crescimento industrial proporcionou a urbanização, iniciando a formação da classe operária no Brasil, expressa na grande ocupação dos centros urbanos e o processo de marginalização; ou seja, o crescimento de um segmento menos favorecidos, que ocupou as periferias das cidades, em condições de vida precarizadas, indignas de moradia, saneamento, educação e saúde. Nessa perspectiva, o avanço da industrialização e a conseqüente concentração da renda ampliaram a desigualdade social e o agravamento da Questão Social, que tem sua raiz na relação conflituosa entre capital e trabalho.

Os movimentos operários se organizaram como forma de resistência às desigualdades, e os trabalhadores começaram a questionar a ordem vigente. A necessidade da intervenção do Serviço Social era de interesse da burguesia no sentido de adequar os trabalhadores nas relações sociais estabelecidas, ou seja, controlar as insatisfações populares em relação à burguesia, visto que esta visualizava uma ameaça social advinda do acelerado crescimento da pobreza e generalização da miséria. O Serviço Social então assume uma posição estratégica. “O sentido de tal função era o rigoroso controle do processo social e das condições de vida da massa pauperizada, ajustando-as aos padrões estabelecidos pela sociedade burguesa constituída” (MARTINELLI, 2006, p. 100).

Nesse sentido, o Serviço Social, em suas ações voltadas aos trabalhadores, serve como um instrumento de controle da burguesia sobre a classe operária, construindo uma identidade atribuída pela Burguesia e pela Igreja: “Envolvendo seus agentes na ilusão de servir e os destinatários de sua prática na ilusão de que eram servidos (...)” (MARTINELLI, 2006, p. 67).

Em 1932, a burguesia juntamente com a Igreja Católica criou, em São Paulo, o Centro de Estudos e Ação Social – CEAS, onde se realizou o primeiro curso preparatório para a realização da prática social, denominado de Curso Intensivo de Formação para Moças. As participantes deste curso eram moças pertencentes à burguesia, que realizavam atividades assistenciais e eram militantes de movimentos da Igreja (MARTINELLI, 2006). Este curso tinha em sua programação noções de filosofia, moral, religião, direito constitucional, administrativo e higiene social. Essa entidade em 1936 foi a fundadora da primeira escola de Serviço Social Brasileira, em São Paulo, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), onde mesclavam-se as visões “Francesa e Belga, partindo de uma perspectiva ética, social e técnica da formação profissional”(YASBEK;MARTINELLI;RAICHELIS, 2008, p.10)

Na década de 1940, o Serviço Social Brasileiro teve uma forte influência Norte-americana de onde importou métodos como o Serviço Social de Caso e de Grupo, cujo enfoque era a solução dos problemas pessoais, de relacionamento e de socialização. Neste período foi criado o Serviço Social da Indústria<sup>23</sup>, configurando-se como um novo campo de atuação para o profissional. É importante salientar que nesta época o estado é pressionado a desenvolver ações sociais, passando a intervir de forma mais direta no processo de reprodução social, em virtude das crescentes demandas por bens e serviços advindos dos trabalhadores.

O Estado passa a assumir o papel de regulador da relação capital/trabalho, no sentido da viabilização de acumulação do capital e na atenção às necessidades que a população apresentava, passando a implementar políticas sociais. Neste contexto histórico, o Estado assume o papel central do processo de urbanização acelerado, e a “intenção era consolidar um caminho de aceleração do desenvolvimento industrial e assim possibilitar a modernização econômica e social do país” (WOLF, 2013; ENADE, 2010, p.19).

Nessa perspectiva, para fazer a mediação das políticas sociais, vão se abrindo mais campos de atuação para o Serviço Social na esfera estatal, onde se inicia um mercado de trabalho que possibilita ao profissional realizar ações que vão

---

<sup>23</sup> Na época, o empresário da estamperia denominada Santa Rosália, situada na cidade de Sorocaba/SP, pediu indicação da Escola de Serviço Social, originando desta forma a inserção do assistente social no setor industrial (YASBEK, MARTINELLI; RAICHELIS 2008).

além das ações sociais, realizadas em âmbito privado, patrocinadas pela Igreja Católica. A profissão somente foi regulamentada em 1957 com a Lei 3252<sup>24</sup> (YAZBEK; MARTINELLI; RAICHELIS, 2008).

Como não se pretende realizar nesta monografia um estudo extenso sobre a história do Serviço Social no Brasil, remete-se para a década de 1960, que é um marco na trajetória da profissão, a qual iniciou, naquela década, um processo de questionamento de seus referenciais: a negação da neutralidade que orientava a profissão desde sua gênese e a opção pela defesa dos trabalhadores. A categoria despertou para necessidade do debate coletivo, a respeito das contradições existentes na sua prática profissional, guiada pela corrente filosófica positivista<sup>25</sup>. A conjuntura daquele período era de forte movimento político e os profissionais do Serviço Social engajaram-se nas lutas, manifestando suas insatisfações e inquietações a cerca dos rumos da profissão. Os profissionais encabeçaram lutas por transformações no interior da categoria, buscando novos horizontes referentes a aspectos teórico-metodológicos, técnico-operativos e ideológicos. Este movimento ficou conhecido como Movimento de Reconceituação, o qual:

Significou a construção de uma relação diferenciada da profissão com a sociedade e com os trabalhadores, na medida em que buscou romper com teorias e métodos importados e “empacotados”, especialmente do contexto norte-americano que não dialogava com a realidade latina e, no caso específico, com a realidade brasileira (BELLINI; EIDT, 2013; ENADE, 2010, p.29).

Também para as autoras YASBEK; MARTINELLI e RAICHELIS (2008, p. 16) o Movimento de Reconceituação: “Impõe aos assistentes sociais a necessidade de construir um novo projeto profissional, comprometido com as demandas e interesses dos trabalhadores e das camadas populares usuárias das políticas”.

---

<sup>24</sup> A profissão de Serviço Social foi uma das primeiras da área social que possuiu a aprovação da lei de regulamentação profissional, Lei 3252, de 27 de agosto de 1957, que foi regulamentada pelo Decreto 994, de 15 de maio de 1962.

<sup>25</sup> O Positivismo surgiu como desenvolvimento sociólogo do Iluminismo e das crises social e moral do fim da Idade Média e do nascimento da sociedade industrial. É uma socióloga, tendo como precursor o Francês Augusto Comte (1789-1857). Propõe à existência humana valores completamente humanos, afastando radicalmente teologia ou metafísica. Disponível em: [www.dicionarioinformal.com.br/positivismo](http://www.dicionarioinformal.com.br/positivismo). Acesso em: 30 set. 2013.



Nessa perspectiva, esse Movimento marcou o início do processo de ruptura do Serviço Social tradicional e conservador, direcionando os Assistentes Sociais na busca por uma nova identidade profissional e um sentido político de sua intervenção.

É importante destacar que este movimento não aconteceu de forma contínua e direta, pois no país ocorreu nos anos de 1964 o golpe militar<sup>26</sup>, sendo que, nesta conjuntura política, os movimentos e lutas de classes foram coibidos. Porém, destaca-se que este movimento não teve repercussão unicamente no Brasil, estendeu-se para alguns países da América Latina, nos anos de 1964 e 1975; neste período, vários países latino-americanos vivenciavam crises e ditaduras, fato que serviu de “mola propulsora para a organização de movimentos sociais” (BELLINI; EIDT, 2013, ENADE, 2010, p.29).

O Movimento de Reconceituação, embora tenha nascido na década de 60, teve seu auge na década de 70, contribuindo com a produção de vários documentos que serviram como aportes para a revisão teórica e prática, bem como do ensino do curso de Serviço Social. Na transição desta década para os anos 80, destaca-se a construção do Projeto Ético-Político profissional, sustentado na teoria Marxista, com a qual o Serviço Social passa a ter aproximação e encontra nesse referencial suporte para dar respostas às novas demandas, visto que o antigo referencial não dava conta de contemplar a nova realidade brasileira.

Este período marca um momento importante no desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, vincado especialmente pelo enfrentamento e pela denúncia do conservadorismo que se encontram as raízes de um projeto profissional novo, precisamente as bases do que se está denominado projeto ético-político (NETTO, 2009, p.141).

Neste período, inicia-se na categoria o debate sobre a ética no Serviço Social, na perspectiva de ruptura com o tradicionalismo filosófico, procedente na ética neotomista e no humanismo cristão, influência religiosa que estava na base do surgimento da profissão. Nesse sentido, “as ações profissionais traduziam uma

---

<sup>26</sup> O golpe militar que ocorreu em 1964 instaurou no Brasil uma ditadura militar, este regime permaneceu até 1985, durante este período, que durou 21 anos, os militares governaram o país. Sendo este um período de enfrentamentos políticos e sociais, caracterizado pelo despotismo, extinção dos direitos constitucionais, perseguição política, encarceramento e censura dos meios de comunicação, sendo que os atos comunistas e as manifestações contra o governo eram combatidos com violência (CARVALHO, 2007).

moral conservadora e contribuíam na operacionalização de um *ethos* profissional não crítico” (KERN; FAUSTINI, 2013, ENADE, 2010, p.16). Dessa forma, o Código de Ética, que foi aprovado em 1986, demonstra o compromisso que a categoria vem adquirindo com a classe trabalhadora.

O final dos anos 80 é uma fase que expressa a maturação da categoria, no sentido de ruptura com a herança conservadora. Esta maturação torna-se perceptível na sociedade através da atuação dos Assistentes Sociais, junto aos sistemas de proteção social, preconizados na constituição de 1988 e expressos na Lei Orgânica de Assistência social – LOAS, Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e no Sistema Único de Saúde, que foram regulamentados na década de 90. (YAZBEK; MARTINELLI; RAICHELIS, 2008).

Nos anos 90 a flexibilização da economia e a reestruturação do mundo do trabalho, frutos de uma economia neoliberal, têm seus efeitos na profissão, visto que ocorre uma minimização do Estado e a retração dos direitos sociais.

Inserido neste processo contraditório, o Serviço Social da década de 1990 se vê confrontado com esse conjunto de transformações societárias, no qual é desafiado a compreender e intervir nas novas configurações e manifestações da questão social, que aprofundam a precarização do trabalho e agravam as condições de vida dos trabalhadores (...) (YAZBEK; MARTINELLI; RAICHELIS, 2008, p.22).

Nessa conjuntura, os Assistentes Sociais se deparam com novos desafios no cotidiano de sua prática, perante as demandas emergentes, havendo a necessidade de novos aportes teóricos para entender a realidade que se apresenta, bem como construir propostas de trabalho para que se tornem efetivos os direitos previstos na Constituição de 1988.

Nessa ótica, o Serviço Social vive, na década de 1990, um processo de maturidade teórica do Projeto Ético-Político da Profissão o qual adquire sustentabilidade legal através do novo Código de Ética do Serviço Social aprovado em 1993, que complementa o de 1986, contemplando a nova realidade social, possuindo um caráter normativo e jurídico definindo os direitos e deveres dos Assistentes Sociais na perspectiva de qualificar os serviços prestados a população (GUERRA, 2007).

## 4.2 SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE: UMA RELAÇÃO EM CONSTRUÇÃO

No que se refere à atuação do Serviço Social na Saúde Pública, o profissional tem na história sua atuação voltada ao trabalho com comunidades, através de práticas educativas no que tange a procedimentos de higiene, controle de natalidade, controle de doenças infantis e de higiene bucal, intervindo na perspectiva da caridade, respaldado pela Igreja e o Estado.

Bravo e Matos (2006) nos apontam que com o novo conceito de saúde, divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, que refere a saúde como sendo o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade, trouxe a necessidade da atuação de outros profissionais na área, incluindo o Serviço Social, pois enfocava os aspectos biopsicossociais da saúde. Cabe destacar que este conceito de saúde foi superado pela concepção ampliada de saúde, preconizada pela VII Conferência Nacional da Saúde (CNS), pois pensar a saúde no sentido de ser um estado “completo” de bem-estar físico, mental e social é algo utópico, sendo que cada indivíduo tem necessidades diferentes, e o pleno bem-estar é relativo, ou seja, “é algo vago e impreciso” (LUNARDI apud DEJOURS, 1986, p 28).

Dessa forma o Conceito elaborado pela 8ª CNS traz o sentido de saúde como sendo o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde. É nesta perspectiva do conceito ampliado de saúde que o assistente social desenvolve sua atuação profissional na área da saúde, buscando a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais, na busca pela defesa dos direitos dos usuários.

Como observamos anteriormente, o Serviço Social, ao longo de sua história, vem ressignificando a sua atuação através de lutas travadas pela categoria. Na área da Saúde, os profissionais engajaram-se em movimentos como o da Reforma Sanitária, na busca pela ultrapassagem do modelo de saúde desigual, embora este engajamento não tenha sido expressivo. Nesse sentido, Bravo (1996) sinaliza que os Assistentes Sociais não tiveram uma participação, enquanto categoria, pois

estavam vivenciando, nas décadas de 1960 a 1970, uma revisão interna da profissão, descompassando-se da luta pela assistência pública na saúde.

Enquanto o movimento sanitário conseguiu avançar na elaboração e viabilização de contraproposta, culminando com a proposição da Reforma Sanitária, os assistentes sociais na academia, priorizaram o questionamento geral da profissão, não conseguindo elaborar uma contribuição mais efetiva no nível das políticas sociais e da prática profissional nas diversas áreas da ação e da saúde em particular (BRAVO, 1996, p. 267).

Analisando o Serviço Social na saúde, na década de 80, percebe-se que há avanços por parte da categoria que adota uma postura mais crítica, reflexo da fase de maturação da profissão, que também refletiu em sua atuação na saúde. Este posicionamento crítico fica em evidência nos trabalhos apresentados em Congressos da categoria e nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva de 1985 e 1989. Na década de 90 a implementação do neoliberalismo confronta-se com o projeto da Reforma Sanitária, impondo aos profissionais do Serviço Social diferentes requisições, ou seja:

O projeto privatista requisitou e vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizadora aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor predomínio de práticas individuais (BRAVO; MATOS, 2009, p.206).

Enquanto o projeto da Reforma Sanitária apresenta ao Serviço Social demandas que vão de encontro à busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, o trabalho interdisciplinar, o acesso democrático às informações e que o profissional estimule a participação popular, bem como a comunicação da instituição com a realidade dos usuários (BRAVO; MATOS, 2009).

Na atualidade, os Assistentes Sociais são reconhecidos pela Resolução nº 218, de 6 de março de 1997, como profissionais da área da saúde CFESS (1999), sendo esta depois da assistência a área que mais tem empregado os profissionais do Serviço Social, principalmente na área hospitalar. O que também é um desafio, e por vezes se choca com as práticas voltadas a promoção, prevenção junto à comunidade, apesar de todas as conquistas da categoria, os Assistentes Sociais na área da saúde ainda continuam enclausurados entre os muros da instituição.

No estágio supervisionado em Serviço Social, realizado em uma Instituição de Saúde de alta complexidade, que é o hospital São Lucas, foi possível conhecer como se efetiva a intervenção dos Assistentes Sociais, que atuam neste espaço, bem como os desafios que estes profissionais se deparam no cotidiano de sua atuação junto ao SUS, na perspectiva da materialização deste na vida dos usuários.

Cabe destacar que os Assistentes Sociais na Instituição acima referida, além de atuarem junto aos usuários do Sistema Único de Saúde, também realizam sua intervenção juntamente a usuários dos planos de saúde e particulares. Fato este que despertou a percepção de que as expressões da Questão Social não se manifestam somente nos segmentos menos favorecidos da população.

#### 4.3 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL SÃO LUCAS

Inicia-se este capítulo apontando informações acerca da atuação dos Assistentes Sociais inseridos no Hospital São Lucas, coletadas no site<sup>27</sup> oficial da instituição, na fala dos profissionais e em documentos existentes no setor de Serviço Social. A inserção no campo de estágio na área da saúde consistiu em uma experiência ímpar, para compreender a relevância da atuação do Assistente Social neste espaço permeado de contradições, tensões e desafios.

Dessa forma, identificou-se a demanda da instituição que espera dos profissionais ações já previstas para que flua a dinâmica do hospital; e as demandas dos usuários, que chegam com suas dores que ultrapassam a ausência de saúde. Essa dor era a dor do não acesso, da judicialização para conseguir um medicamento do qual depende sua vida, de interromper o tratamento devido à falta de condições, de não conseguir chegar ao hospital para as seções de quimioterapia, de ser responsabilizado por não aderir ao tratamento, de ter seus direitos violados, de não ter quem os acolha no momento da alta, de não poder trabalhar por precisar cuidar do familiar doente e não ter meios para sustentar seus filhos.

A dor e o sofrimento existentes resultantes de mazelas do corpo e da alma (da falta de saúde, da doença) são tomados pelo médico como objeto de ação, diagnosticados e tratados com analgésicos, medicamentos, dietas, etc. A dor e o sofrimento, objetos de ação dos assistentes sociais, a dor do

---

<sup>27</sup> Disponível em: [www.hospitalsaolucas.pucrs](http://www.hospitalsaolucas.pucrs). Acesso em: 04 mar. 2013.

processo inevitável e irreversível do adoecimento; a dor do mau atendimento; a dor da espera permanente pela consulta, pelo exame, pelo medicamento, pela informação (...); a dor de falta de um medicamento que existe e que poderia curar; (...), não podem ser negligenciados; são dores e sofrimentos que não curam com analgésicos (...) (VASCONCELOS, 2009, p. 478).

Essa dor que “não pode ser curada com analgésico” não cessa com a alta, nem é amenizada com as prescrições médicas, e daí a importância da intervenção do Assistente Social, que tem em sua formação as dimensões: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, aportes para desvelar a realidade que se apresenta e construir mediações para dar respostas às demandas.

Nessa realidade, o Serviço Social do HSL intervém desde 1977, década em que a categoria estava se direcionando na busca de um novo paradigma, à luz da teoria marxista, cujo debate iniciara em 1965 com o Movimento de Reconceituação. Também nesta época, embora sufocado pela ditadura, iniciava-se no Brasil o Movimento da Reforma Sanitária (já abordado no subcapítulo 3.3), trazendo a proposta de uma democratização da saúde bem como uma nova concepção de saúde (BRAVO, 2004).

Na época da implantação do Serviço Social no HSL, a equipe era formada por duas Assistentes Sociais, e duas estagiárias. Daquela época até os dias de hoje, passaram-se trinta e seis anos e aumentou apenas em três o número de Assistentes Sociais efetivas no hospital. O número de Assistentes Sociais não aumentou de acordo com a crescente demanda, que na atualidade inclui, além dos usuários, os funcionários do hospital.

Observam-se, no quadro abaixo, as unidades e setores que cabem a cada profissional, a complexidade destas demandas que chegam diariamente e a carga horária. A relação número de profissional x demanda permite antever: sobrecarga de trabalho, precarização, processo de sofrimento, tanto para o profissional quanto para o usuário.

**Quadro 1 - Área de atuação do Assistente Social por setor e unidade e carga horária**

<b>ASSISTENTE SOCIAL</b>	<b>AREA DE ATUAÇÃO</b>	<b>CARGA HORÁRIA</b>
A	Coordenadora do Setor de Serviço Social preceptora do PRMUS/HSL.	30 horas
B	Internação do 6º andar; internação e 7º andar UTIG; radioterapia, geriatria; coordenação da comissão dos direitos dos pacientes (com reuniões semanais), supervisora de estágio obrigatório do FSS/PUCRS.	30 horas
C	Alojamento conjunto; centro obstétrico; UTI Neonatal, grupo de pais (com reuniões semanais); membro da comissão de alojamento materno; internação pediátrica; UTI pediátrica; membro do Núcleo de Proteção da Criança e do Adolescente (com reuniões semanais), supervisão de estágio obrigatório do FSS/PUCRS, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde PRMUS/HSL.	30horas
D	Nefrologia/transplante, internação e hemodiálise; internação 7º, 8º e 9º; atendimento a funcionários; pacientes psiquiátricos SUS; pacientes psiquiátricos convênios internados no HSL, membro da CIPA representando o empregador (com reuniões semanais) supervisão de estágio obrigatório do FSS/PUCRS.	30horas
E	Quimioterapia, radioterapia, funcionários; internação, programa livre de tabaco, membro da CIPA representando os empregados do HSL (reuniões mensais); supervisão de estágio obrigatório do FSS/PUCRS.	30 horas

Fonte: Elaborado pela autora (2013) e com dados extraídos de documento elaborado pelas Assistentes Sociais do Hospital São Lucas da PUCRS, Magda Suzana da Silva Ferreira e Laura dos Santos Lunardi, s/d.

Dessa forma, o quadro funcional do Serviço Social na atualidade é composto por cinco Assistentes Sociais efetivas, número considerado pequeno perante as atividades realizadas diariamente pelos profissionais. O compromisso com o usuário pode ser observado cotidianamente, através do trabalho dos Assistentes Sociais do HSL, apesar do número reduzido de profissionais e que necessitam dar conta de muitas tarefas em um curto espaço de tempo. Fato este que é uma característica da

precarização do trabalho, que também atinge esta categoria, visto que os Assistentes Sociais trabalham com garantia de direitos, em uma conjuntura que não favorece o desenvolvimento social (RAICHELIS, 2011).

No que se refere à atuação do Assistente Social no HSL, pode-se constatar que os profissionais intervêm na perspectiva de transformar determinadas situações, que são de suas atribuições e competências, desenvolvendo ações com base no Código de Ética e no seu compromisso profissional, lidando no seu dia a dia com os limites impostos pela instituição. Estas situações e desafios se expressam desde quando o usuário está em condições de alta médica, na pressão por parte dos outros profissionais para que a alta seja providenciada, e na dificuldade encontrada pelos Assistentes Sociais de contar com uma rede socioassistencial e de saúde que acolha estes usuários.

Nas intervenções relacionadas às altas dos usuários, há situações que podem se estender por dias até que se consiga dar um direcionamento, sendo que o Assistente Social articula ações para fora da instituição, ou seja, o profissional precisa acionar uma rede de apoio para tornar efetiva sua intervenção. Dependendo da situação, o Assistente Social contata a UBS ou PSF de referência do usuário, o Conselho Tutelar da região, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Centro Especializado de Assistência Social (CREAS).

O profissional está colocado entre a necessidade do usuário em vulnerabilidade e a necessidade da instituição que tem pressa para que o leito logo seja liberado, nesse sentido. O desafio consiste no fazer profissional não ser “devorado” pelas demandas da instituição, fazendo do seu dia a dia uma repetição de práticas mecanizadas. Segundo Vasconcelos:

Em circunstâncias tão adversas, para criar condições de fortalecer os usuários na luta pelos seus direitos, os assistentes sociais necessitam se fortalecer, não só para que alimentem sua coragem para enfrentar chefias autoritárias e um movimento institucional avassalador, mas para que tenham instrumentos que deem sustentação às ações que elegem como prioridade e como direito dos usuários (...) (VASCONCELOS, 2009, p.482).

Os Assistentes Sociais têm como amparo para seu trabalho os marcos legais e normativos da profissão, sendo os parâmetros para atuação dos Assistentes



Sociais na Saúde<sup>28</sup> uma referência para a intervenção dos profissionais nesta área. Esse documento foi elaborado pela categoria e promulgado pelo CFESS, reforçando que os usuários da saúde devem ser reconhecidos como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e democracia (CFESS, 2010).

Nesse sentido, o trabalho profissional do Assistente Social no HSL é a busca da compreensão dos determinantes sociais de saúde, que envolve aspectos sociais, econômicos e culturais os quais podem interferir no processo saúde-doença do usuário/família, identificando situações de ordem social, que possam ocasionar dificuldades com a adesão do tratamento, buscando alternativas, viabilizando estratégias de enfrentamento dessas questões junto à família, à equipe e às redes sociais de apoio.

As demandas identificadas no campo de estágio se situam na: dependência de álcool e drogas, desemprego, violência em suas diversas expressões incluindo crianças, idosos e mulheres. Também constituem demandas para o Serviço Social a baixa aderência ao tratamento, visto que muitas vezes o Assistente Social é solicitado por outros profissionais para intervir em situações em que, segundo eles, o “usuário não quer aderir ao tratamento”. Nesta situação o Assistente Social conduz sua intervenção junto a este usuário, no sentido de identificar os determinantes sociais, econômicos ou culturais que possam interferir no processo saúde-doença e, a partir desta ação, viabilizar recursos internos e externos à instituição.

Os usuários e suas demandas chegam ao Serviço Social através da procura espontânea, encaminhamento, solicitação da equipe médica, de enfermagem e via consultoria. O Serviço Social presta atendimento social aos usuários, seus familiares e aos próprios funcionários do HSL, identificando as diversas expressões da Questão Social que, segundo Yamamoto (2000), é o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista, expressões estas que se revelam como fatores impeditivos para que os sujeitos consigam melhores condições de saúde.

---

<sup>28</sup> Este documento foi criado objetivando referenciar a intervenção dos assistentes sociais na área da Saúde, visando contribuir com a categoria no que se refere a orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho, e as que são requisitadas tanto pelos usuários destes serviços como pelos empregadores desses profissionais. Este documento busca abranger a totalidade das ações desenvolvidas pelos assistentes sociais na área da saúde, levando em conta as particularidades das ações desenvolvidas nos programas de saúde e na atenção básica, média e na alta complexidade em saúde (PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE, 2010).

Percebe-se que muitas demandas que chegam ao Serviço Social são direcionadas ao hospital e que não dizem respeito ao setor do Serviço Social, então, essas demandas são encaminhadas à Ouvidoria<sup>29</sup>, que, nestas circunstâncias, age como mecanismo de promoção dos direitos dos usuários. Uma situação que chega diariamente ao Serviço Social reflete-se a necessidade do alimento para as famílias que acompanham usuários internados. Os usuários explicam sua situação ao Assistente Social, sendo a maioria mães ou pais que estão acompanhando seus filhos internados na pediatria ou na UTI neonatal; referem que estão há muito tempo, até mesmo dias no hospital e não dispõem de recursos para custear sua alimentação.

O Hospital São Lucas não dispõe de alimentação para os familiares, o que existe é uma ação do grupo voluntariado que atua no hospital, e que presta auxílio como passagens, vales-almoço e vale-lanche, em número reduzido, insuficiente frente ao número de familiares que acompanham os usuários, sendo que muitas mães não tem com quem revezar e precisam ficar diretamente no hospital. O Assistente Social encaminha o usuário ao setor de voluntariado para receber o valor referente à alimentação. Observa-se que essa ação do Assistente Social não tem como direção a garantia de direitos e sim uma solução imediata, precisando escolher quem vai ter o direito à alimentação, já que não são disponibilizados vales para todos.

Sabe-se que o voluntariado desempenha uma função dentro da instituição, e que as ações que deveriam ter caráter de direito são concebidas como benesse ao usuário, porém, até o momento é a única forma de fornecer alimentação aos acompanhantes. O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, prevê, em seu artigo 12, que os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação de criança ou adolescente.

Dessa forma, entende-se que a alimentação é uma das condições a ser proporcionada, ou seja, como poderia uma pessoa permanecer acompanhando em

---

<sup>29</sup> A Ouvidoria no HSL é um canal de comunicação entre a instituição e a população usuária dos serviços. Dessa forma, o cidadão pode se manifestar com sugestões, reclamações, denúncias, elogios, solicitações em geral que se referem à questão da saúde, motivo da busca pelo serviço, e atendimento realizado. Neste setor não há um profissional do Serviço Social.

tempo integral um familiar doente, caso não tenha condições financeiras de se alimentar; ou uma mãe que amamenta como pode fornecer os cuidados adequados ao filho internado, caso não consiga suprir suas necessidades de alimentação, sendo esta uma das necessidades básicas de sobrevivência dos seres vivos. Destaca-se, também, o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que, em seu artigo 16, assegura o direito a acompanhante e é dever do órgão de saúde fornecer condições adequadas para que este possa permanecer em tempo integral junto ao paciente. Nesse sentido, o voluntariado anda na contramão dos direitos sociais (ARAUJO, 2008), à medida que oferece como benesse o que o Estado deveria disponibilizar como direito.

O voluntariado procura preencher algumas lacunas da instituição com recursos insuficientes, e que necessita da utilização de critérios de exclusão para o fornecimento. O critério é ser morador de outro município, porém o HSL está situado em um município muito populoso que é Porto Alegre, com muitos bairros de grandes vulnerabilidades sociais, ou seja, a instituição recebe muitos usuários de locais distantes, com poucos recursos financeiros para custear deslocamento e alimentação. Cabe destacar que os Assistentes Sociais, embora participem desta prática, têm uma posição crítica: os usuários são esclarecidos que a Instituição não dispõe de tal recurso e são orientados a procurar a Ouvidoria, como mencionado, e a Gerência Administrativa, ou seja, os usuários são instigados a buscar os seus direitos.

A prática do Assistente Social na unidade hospitalar é permeada de tensões, pois, além da demanda institucional, apresentam-se também as diversas demandas dos usuários. Como, por exemplo, pessoas em situação de rua que internam no hospital e, no momento da alta, solicitam que o Serviço Social promova uma alta adequada, visto que normalmente este usuário sai com prescrições médicas e não pode voltar para a rua, sem o acompanhamento da rede de serviços.

Nesse sentido, o Assistente Social precisa intervir junto a este usuário, tentando articular com sua rede primária, que segundo Kern:

A rede primária é aquela em que o indivíduo junto a sua família articula relações de forma direta. Ou seja, ele tem pais, ou responsáveis que o alimenta, o ensina a se relacionar e procura suprir as necessidades que

vieram aparecendo. Os parentes deste indivíduo, como por exemplo, irmãos, tios, primos, avós, e outros, também permeiam a rede primária (KERN, 2003, p.52).

Em relação a pessoas em situação de rua, poucas vezes o Assistente Social consegue algum êxito nesta busca, devido à precariedade da rede e rupturas de vínculos. A alternativa é buscar a rede secundária, na tentativa de inseri-lo em instituições e serviços que possam oportunizar o acesso aos seus direitos. Porém, a inclusão deste usuário em um serviço de abrigagem depende da disponibilidade de vagas, ou seja, esta é uma intervenção que provavelmente não terá um retorno imediato, contudo a instituição precisa da liberação deste leito em curto prazo. Esta situação impõem um trabalho multidisciplinar e a participação do Serviço Social no atendimento deste usuário desde sua internação; porém, há situações em que a equipe médica somente solicita a intervenção do Assistente Social no momento em que a alta está se efetivando.

Os atendimentos do Serviço Social são direcionados não somente aos usuários, mas também aos seus familiares nas unidades de urgência, internação e atendimentos ambulatoriais, buscando conhecer a realidade dos usuários e de seus familiares; identificando situações que possam interferir ou até mesmo impedir o tratamento e a alta hospitalar, não somente na perspectiva da liberação de leitos, mas na garantia de direitos, posicionando-se em favor da equidade e da justiça social, como prevê o 5º princípio do Código de Ética Profissional do Serviço Social.

Conforme referido anteriormente, a questão social neste espaço se apresenta através de múltiplas expressões, como, por exemplo: dependência química, violência contra crianças, idosos e mulheres.

O assistente social trabalha diretamente com as expressões da questão social nas mais variadas expressões do cotidiano, ou seja, nas diversas áreas de atuação profissional: saúde, educação, habitação, criança e adolescente, dentre outras, sendo este fenômeno a matéria-prima do trabalho profissional (IAMAMOTO, 2000, p. 59).

No que se refere a situações de abandono, há episódios em que, no momento da alta, os familiares não comparecem ao hospital para buscar o familiar internado, principalmente quando este sai com necessidades especiais oriundas de sequelas. Fato que exige uma longa intervenção do Assistente Social, visto que nem sempre é

questão de abandono, mas sim porque os familiares não estão organizados para ministrar os cuidados em casa, e nem possuem recursos para que o mesmo possa ser cuidado em uma instituição.

O que se pode constatar é que a rede de saúde e Assistência Social não disponibiliza de muitos recursos para a família cuidadora, sendo que esta se vê desprotegida perante a realidade de administrar cuidados ao familiar doente e, muitas vezes, há um custo com medicamentos e aparelhos que a família não dispõe e que o estado somente disponibiliza via processo judiciário. A demanda para o Serviço Social, nesse sentido, consiste em tornar efetiva a alta deste usuário observando o Estatuto do Idoso, articulando com a família, bem como com as redes de apoio.

O Assistente Social trabalha com as diversas demandas que chegam ao serviço, procurando desenvolver um atendimento ao usuário, levando em conta a Política de Assistência Social que prevê, em seus princípios, o respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade: percebendo os sujeitos, além do fator doença; identificando os determinantes sociais que possam interferir no processo saúde doença; orientando os usuários de diferentes segmentos sociais, intencionando acionar recursos internos e externos ao hospital.

Dessa forma, O Assistente Social tenta equilibrar o seu trabalho atendendo as demandas da instituição, porém mantendo o foco nos direitos dos usuários e tendo suas ações alicerçadas no projeto ético-político da profissão<sup>30</sup>. Percebe-se que o profissional ainda busca maior reconhecimento dentro da instituição, procurando deixar clara sua especificidade; também destaca-se a importância de que possam ser implantadas ações intersetoriais que apóiem essas famílias e diminua sua sobrecarga.

---

<sup>30</sup> É o projeto profissional que foi construído no contexto histórico de transição dos anos 1970 aos 1980, num processo de redemocratização da sociedade brasileira, recusando o conservadorismo profissional presente no Serviço Social brasileiro. Disponível em: <http://cress-es.org.br/projetoetico.htm>. Acesso em: 16 jun. 2013.

## 5 VIVENDO A TEORIA NA PRÁTICA E A PRÁTICA NA TEORIA

No desenvolver do Estágio Curricular em Serviço Social percebeu-se que na prática a teoria não pode ser “outra coisa”. O Assistente Social precisa dos aportes teóricos para guiá-lo no seu fazer profissional. Nessa perspectiva, para identificar a real demanda dos usuários, precisou-se lançar mão das categorias do método dialético-crítico para interpretar a realidade. Fez-se necessário e fundamental a articulação das categorias: historicidade, contradição, mediação, totalidade e cotidiano para iluminar esta prática, e, dessa forma, perceber o usuário dos serviços de saúde para além da doença, pois eles têm uma história de vida e estão inseridos em grupos familiares e sociais. Quando adoecem são mais do que portadores de patologias, continuam sujeitos únicos, sociais e de direitos (VASCONCELOS, 2009).

Neste capítulo, dá-se ênfase na intervenção junto aos usuários do Serviço de Oncologia em tratamento quimioterápico, discorrendo sobre o Projeto de Intervenção que foi elaborado a partir da análise da realidade institucional e da identificação e reflexão das demandas dos usuários.

### 5.1 O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA O ACESSO A DIREITOS

O Serviço Social do HSL iniciou sua atuação no setor de quimioterapia por solicitação da equipe médica, enfermagem e dos próprios secretários do setor, por perceberem implicações sociais que comprometiam a adesão dos usuários ao tratamento. Dessa forma, os Assistentes Sociais seguidamente eram requisitados para intervir junto a esses usuários, pois percebiam a necessidade da atuação destes profissionais, não somente com os pacientes oncológicos internados, mas também no processo do tratamento que é a quimioterapia. Nesse sentido, identificou-se a possibilidade de elaborar um projeto de intervenção que viesse atender uma demanda da instituição e as demandas dos usuários.

Na elaboração do Projeto de Intervenção havia como preocupação central o comprometimento com o usuário e com o impacto que as ações poderiam causar em suas vidas. As supervisões de campo foram momentos importantes para pensar as

ações que seriam desenvolvidas, onde se problematizavam os elementos que os usuários traziam durante os atendimentos, buscando a compreensão dos determinantes e condicionantes, como o acesso à alimentação adequada, a serviços fundamentais como educação, assistência social, previdência social, meios de transporte, informação, saneamento básico adequado, entre outros fatores que envolvem a vida dos usuários e que precisam ser reconhecidos nos serviços de saúde (RAMON, 2013).

Com a aproximação aos conteúdos teóricos, refletiu-se sobre tudo, o objeto de intervenção foi configurando-se, ao conhecer a realidade dos usuários e, através de sucessivas aproximações. Visto que a realidade não se desvela de imediato, observou-se que os usuários do serviço de quimioterapia, bem como seus familiares não estavam acessando com efetividade os recursos existentes na rede de serviços ou, quando acessavam, não o percebiam como direito. Este processo fez compreender que o objeto consistia no desconhecimento e, portanto, o não acesso aos direitos pelos usuários oncológicos, em virtude da falta de informação sobre seus direitos. O acesso à informação, juntamente com a possibilidade de reflexão, possibilita que o usuário possa se ver como uma pessoa detentora de direitos e, desta forma, buscar os recursos disponíveis exercendo a sua cidadania. Nessa perspectiva, realizou-se o projeto intitulado: *Para além dos quimioterápicos: realizando o acolhimento no início da quimioterapia, na perspectiva da socialização de direitos dos pacientes oncológicos.*

No que se refere à socialização da informação acerca dos direitos dos usuários oncológicos, optou-se por realizar o acolhimento no início do tratamento quimioterápico, pois esta é outra etapa depois do diagnóstico, e que provoca, além dos desconfortos causados pela doença e tratamentos, mudanças psíquicas, sociais e econômicas. Devido ao tratamento ser realizado por seções, há muitos gastos em virtude das idas constantes ao hospital e de medicamentos, que nem sempre são disponibilizados pelo Estado. Percebe-se a importância de realizar os acolhimentos também com os familiares, que permaneciam aguardando nos corredores do hospital o término das longas seções de quimioterapia, sendo visível em seus semblantes angústias e inseguranças. Para o entendimento do trabalho proposto cabe trazer as percepções de CHUPEL e MIOTO, sobre acolhimento:

Pode-se dizer que para o Serviço Social o acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos assistentes sociais. Ele congrega três elementos que agem em concomitância: a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário. Objetiva o acesso a direitos das mais diversas naturezas, bem como a criação de vínculo e a compreensão de elementos para fundamentar uma futura intervenção (CHUPEL; MIOTO, 2010, p. 37).

Dessa forma, através dos acolhimentos, foi possível uma aproximação com os usuários e seus familiares, sendo que estes acolhimentos transformaram-se em espaços de escuta, onde os usuários trouxeram suas dúvidas, compartilharam como estavam se organizando perante o diagnóstico desta doença grave, o que estavam compreendendo desta situação e como estavam acessando as redes de serviços. A participação da família é de suma importância para o tratamento e recuperação da saúde; os familiares precisam ser reconhecidos pelos profissionais da saúde como fundamentais neste processo saúde/doença. É importante destacar que nestas aproximações com a realidade destes usuários, percebe-se o quanto o suporte familiar é importante no processo e que a ausência deste suporte acarreta em dificuldades de aceitação do diagnóstico e continuidade do tratamento. Assim, entende-se família como:

Família é definida como um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. Tendo como tarefa principal cuidar e proteger seus membros, e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida, sendo que os novos arranjos familiares estão condicionados pelas mudanças sociais, econômicas e culturais da modernidade (CARVALHO apud MIOTO, 1997, p.98).

Nesse processo, o impacto da doença se estenderá aos familiares, e precisa ser considerado e compreendido pelos profissionais, visto que quanto mais avançada estiver a doença maior será o grau de dependência do paciente. Nessa perspectiva, abriu-se um espaço para os familiares, tendo em vista que:

A família como a primeira instância de socialização na vida de um ser humano, na maioria das vezes, é também fonte de cuidado e segurança. Com o adoecimento de um de seus membros, as famílias necessitam repensar sua organização para cuidar do doente, bem como manter seus vínculos e relações fortalecidas para melhor enfrentar esta adversidade, buscando recursos intra e extrafamiliar (BELLINI, 2010, p.11).



A família, para dar um bom suporte ao familiar adoecido, precisa sentir-se apoiada e percebida como participante deste processo, pois com o diagnóstico vem o medo e as inseguranças, demandando um suporte que muitas vezes a família não está em condições de dispor, seja por motivos financeiros ou psicológicos. Nesse sentido, há modificações na rotina familiar em função da doença, ainda mais quando a pessoa que está doente é a principal provedora da família. Pode-se constatar essa realidade no depoimento<sup>31</sup> da esposa de um usuário em tratamento quimioterápico:

(...) Quando o médico falou que ele estava com câncer, ele não disse nada e foi para casa quieto, mal fala, tento conversar com ele, só que ele está muito agressivo. A minha filha de 15 anos também não aceitou a doença, nem vai mais para aula, chora muito e está bem revoltada, parece que sente uma raiva. Está sendo muito difícil para mim, estou segurando tudo sozinha, não sei de onde vamos tirar dinheiro ele que sustentava a casa, eu até posso fazer umas faxinas, mas tenho que ficar com ele, tem dias que ele fica muito mal (STEDILE, Diário de Campo, 14/10/ 2012).

Neste depoimento observam-se várias expressões da Questão Social, desde as transformações ocorridas neste núcleo familiar, como prejuízos laborais, visto que o usuário era o principal provedor, mas perante a realidade de seu adoecimento não pode exercer as funções que lhes promovia o sustento. Está desprotegido pela Previdência Social, pois estava inserido no mercado informal e não contribuía como autônomo. Há também prejuízos educacionais, pois a filha adolescente não está frequentando as aulas; problemas relacionais, pois a adolescente está reagindo com raiva; fica visível, também, a sobrecarga desta familiar cuidadora que precisa lidar com esses fatores.

Durante o estágio realizado com os usuários oncológicos em tratamento quimioterápico, sentiu-se falta de uma abordagem interdisciplinar, pois: “A ausência de interdisciplinaridade implica a fragmentação dos dispositivos das tecnologias em saúde e em práticas reificadas” (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008. p.24). A equipe não estava completa, não contava com profissionais da Psicologia no setor de quimioterapia. Estes profissionais, assim como os do Serviço Social, são muito solicitados pelos usuários em tratamento quimioterápico, e o setor de quimioterapia estava com indisponibilidade destes profissionais. Avaliou-se, então, a importância

---

<sup>31</sup> Todos os depoimentos de usuários neste Trabalho de Conclusão aconteceram durante os acolhimentos realizados.

da atuação interdisciplinar e como a ausência desta perspectiva acarreta em prejuízo para o usuário, no sentido da fragmentação das ações.

Dessa forma, as demandas reconhecidas como sendo para a Psicologia foram encaminhadas pelo Serviço Social para as redes de apoio, como, por exemplo, CAPS, associações como a AAPECAN – Associação de Apoio às Pessoas com Câncer, entre outros, o que resulta em mais desgaste para as famílias que precisavam buscar fora do hospital por um atendimento e, ao mesmo tempo, estar dentro do hospital acompanhando o familiar adoecido.

Frente a essas observações, o Projeto de Intervenção teve como objetivo geral: Desenvolver ações que proporcionem informações quanto aos direitos dos usuários do serviço de oncologia no início de tratamento quimioterápico. A importância da informação é reiterada na seguinte afirmação:

Por meio da socialização de informações procura-se tornar transparente, ao sujeito que busca os serviços, as reais implicações de suas demandas – para além das aparências e dos dados imediatos – assim como os meios e condições de ter acesso aos direitos. Nesse sentido, essa atividade extrapola uma abordagem com foco exclusivamente individual – ainda que, por vezes, realizada junto ao único indivíduo – à medida que considera a realidade dos sujeitos como parte de uma coletividade (IAMAMOTO, 2012, p.427).

Nessa ótica, percebe-se a importância da atuação do Assistente Social junto aos usuários oncológicos, quanto à socialização da informação, não como um simples repassar de dados, mas na perspectiva de direito, considerando os aspectos socioeconômicos e familiares, tendo em vista os determinantes sociais inerentes à questão do câncer e suas implicações no acesso e continuidade do tratamento.

A quimioterapia é mais um fator impactante diante do processo de recuperação da saúde, sendo a informação um recurso indispensável neste processo, pois tanto o usuário quanto seus familiares estão fragilizados, e muitas vezes alheios aos direitos que poderiam amenizar as dificuldades advindas do diagnóstico de uma doença grave. A esposa de um usuário em tratamento narra o seu drama no acompanhamento de seu familiar:

A gente fica meio perdida, eu estou bem atordoada, agora vivemos mais no hospital do que em casa. Ele era um homem forte trabalhador, agora a gente nem reconhece. A doutora deu a receita de um suplemento que eu não acho em lugar nem um e já me disseram que é caro. Agora o dinheiro é só do meu benefício, e como eu já recebo, ele não pode receber, isso é que é triste ele sempre trabalhou, mas faz anos que não assina a carteira (STEDILE, Diário de Campo, 20/03/2013).

Este depoimento denuncia várias expressões da Questão Social, que passam a fazer parte da vida da família do usuário com câncer: afastamento do espaço doméstico, perda laboral do usuário, perdas físicas, impossibilidade de adquirir os medicamentos indicados, inadequação da prescrição médica. O suplemento indicado estava muito além das condições financeiras do usuário, fato que demonstra que a realidade de vida deste usuário não foi observada, e o Estado também não disponibiliza de tal suplemento, ou seja, houve uma deficiência na comunicação entre profissional da saúde e usuário.

Nesta perspectiva para atender o objetivo geral, elaboraram-se os seguintes objetivos específicos:

1 – Proporcionar um espaço de acolhimento para o usuário e seu familiar, na perspectiva de identificar suas demandas. A partir da identificação dessas demandas, potencializar estratégias de enfrentamento, contando com recursos da própria instituição e das redes de serviços dos municípios do interior do estado e da cidade de Porto Alegre.

As abordagens realizadas, e que serão aprofundadas adiante, se caracterizam por ser momentos de interação com o usuário, que permitiram a reflexão a respeito das situações que estavam dificultando ou até mesmo impedindo o processo de tratamento e a adesão ao mesmo. Seguidamente, o Serviço Social é chamado para intervir junto aos usuários que não estão comparecendo às seções de quimioterapia. Algumas afirmações sobre essas ausências são que os usuários não estão querendo aderir ao tratamento e estão tirando lugar de outra pessoa. O que demonstra o quanto há que se avançar para incorporar o entendimento ampliado de saúde, preconizado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde. O depoimento a seguir é do familiar de uma usuária, que estava com as seções de quimioterapia agendadas, mas que ainda não havia comparecido:

Ela descobriu o câncer com sete meses de gravidez, parece um pesadelo, e o pior é não ter a quem recorrer ela só tem eu de familiar, a nossa mãe morreu há sete anos, também deste maldito câncer, parece até castigo. Agora está muito difícil não temos a quem recorrer. Ela trabalhava de doméstica, mas não tinha carteira assinada eu estou trabalhando, mas preciso faltar muito, como é que eu vou deixar ela andar sozinha? Ainda tem a criança, me desculpa eu estar chorando (...) ( STEDILE, Diário de Campo, 12/03/ 2013).

Toma-se este exemplo para ilustrar a intervenção, que consistiu em outras aproximações como Ana<sup>32</sup>, 29 anos e seu irmão 19 anos que a acompanhava. A primeira entrevista foi realizada com o irmão, o mesmo mostrou-se muito abatido, percebeu-se o forte vínculo afetivo que possuía com a irmã; referiu sobre as dificuldades que estavam enfrentando com o adoecimento, história que se ouviu atentamente, pois: “As ‘histórias’ dos usuários, além de expressar seus sofrimentos e suas tristezas, explicitam principalmente a complexidade das questões que permeiam estas histórias” (VASCONCELOS, 1997, p.165). Esta foi uma primeira aproximação com a realidade desta usuária, e percebeu-se que a falta de adesão ao tratamento não era um fator isolado, tendo em vista a vulnerabilidade em que ela se encontrava.

São a quantidade e a complexidade das questões que permeiam o cotidiano da população e que chegam aos profissionais através de desabafos, choros, risos, que exigem competência para serem desvendados nas suas inter-relações (VASCONCELOS, 1997, p.165).

Nessa situação, deparam-se com os dados da realidade e percebe-se a usuária dentro de todo um contexto: possuía um suporte familiar muito restrito; estava em fase de puerpério, momento em que a mulher naturalmente encontra-se mais fragilizada, somado a questões financeiras; a precariedade do trabalho, pois trabalhava sem vínculo empregatício; os cuidados com o bebê, o qual precisava ter seus direitos garantidos; e a dificuldade do acesso ao hospital, em virtude do transporte. A contradição é que, ao mesmo tempo em que o hospital adquire modernos equipamentos, os usuários muitas vezes não conseguem ter acesso, em virtude de não ter condições financeiras para custear transporte até ao hospital. Em virtude do horário de Estágio, algumas vezes foi preciso adaptar o período para falar com Ana. Na primeira entrevista percebeu-se, como necessidade imediata, a

---

<sup>32</sup> Os nomes dos usuários são fictícios, para proteger a sua identidade.

dificuldade com o transporte, motivo de suas constantes ausências às consultas e seções de quimioterapia; as faltas constantes acabariam prejudicando seu tratamento. Orientou-se quanto ao transporte disponibilizado pela Prefeitura de seu município e, após prévio contato, forneceu-se um encaminhamento contendo os dados do local onde deveria se dirigir. Após alguns dias, recebeu-se da própria Ana o retorno de que havia conseguido o transporte, porém, este era apenas um ponto, não se podia dar como acabada a atuação, pois a dimensão política da profissão requer que a realidade dos usuários seja problematizada pelo profissional, através dos elementos que o usuário traz nos atendimentos; nesse sentido, o transporte era apenas um dos pontos a ser trabalhados.

Nessa perspectiva segue o acompanhamento de Ana, buscando sua vinculação às redes de serviços, orientando quanto aos direitos a benefício, pois, em virtude da cirurgia de retirada da mama, houve uma limitação significativa do movimento do braço, dificultando sua capacidade laborativa. Buscou-se, também, junto à rede de serviços, atendimento psicológico, ao qual a paciente aderiu. Realizou-se, ainda, contato com o CRAS do território da usuária, articulando a Política de Assistência Social. Após prévio contato com a Assistente Social, fez-se um encaminhamento para que a usuária fosse atendida e inserida em programas sociais. Percebeu-se, no decorrer deste processo, que a usuária mostrava-se cada vez mais comprometida com o tratamento, buscando o acesso a seus direitos, mostrando-se fortalecida para lutar por sua vida. Apesar de algumas limitações impostas pelo espaço institucional e pela carga horária do Estágio, que eram de nove horas semanais, divididas em três vezes na semana, buscou-se a realização de uma prática reflexiva, que, de acordo com Vasconcelos (1997), é uma prática que abrange tanto o profissional quanto o usuário, envolvendo-os no processo da intervenção enquanto sujeitos políticos coletivos.

2 – Contribuir para o conhecimento de direitos através do acesso a informações. De acordo com o art. 5º, do Código de Ética do Serviço Social, entre os deveres do Assistente Social está a democratização das informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários. Nas entrevistas realizadas, constata-se que muitos usuários consideram alguns recursos disponíveis na rede de saúde como benesse e não como direito; um exemplo é o transporte disponibilizado pela

prefeitura dos Municípios para os tratamentos e consultas realizados no HSL, de acordo com a usuária:

É uma falta de respeito eles não vêm nem avisam, ficamos esperando e perdemos a consulta, um dia liguei porque eles estavam atrasados, aí a moça me falou que já tinham vindo e nos deixaram esperando, sendo que eu já tinha ido lá e levado todos os papéis com as datas das consultas. Não temos condições de ficar gastando com ônibus, porque é a minha passagem e a dele. Mas a gente não pode reclamar porque eles estão nos fazendo um favor, temos que dar graças a Deus quando eles nos trazem (...). (STEDILE, Diário de Campo, 17/05/ 2013).

Observa-se na fala da usuária o quanto ela sente-se incomodada e desrespeitada, mas se coloca em uma condição de não reivindicar, por não se perceber como detentora de direitos, não ter a dimensão de que seu acesso à saúde deve ser proporcionado pelo município e se assim não acontecer, ela tem todo o direito de cobrar. Percebe-se, nesse sentido, a importância da orientação de que os recursos disponíveis não são uma questão de favor e sim de direito e que o usuário pode e deve reclamar quando se sentir prejudicado. Sendo assim, a intervenção consistiu em informar esta usuária no sentido de que se reconheça como detentora de direitos enquanto usuária da Política de Saúde.

3 – Orientar e encaminhar quanto aos direitos sociais. Entre os princípios éticos fundamentais do Serviço Social está o 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.

Os portadores de câncer, dependendo de determinados requisitos, possuem alguns direitos assegurados por lei como, por exemplo: o trabalhador que estiver com câncer, ou que possua dependente com a doença, poderá fazer o saque do fundo de garantia – FGTS e PIS/PASEP, auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, desde que a doença tenha causado incapacidade para o trabalho, constatado pela perícia médica, e terá direito ao benefício, independente do pagamento de doze contribuições, desde que esteja segurado pela Previdência.

O usuário oncológico também tem direito ao Benefício de Prestação Continuada – BPC<sup>33</sup>, desde que se enquadre nos critérios de renda, e que a doença tenha causado incapacidade para o trabalho. Vale Social, ou transporte gratuito é um benefício em nível estadual, porém, no Rio Grande do Sul não está previsto; este é um benefício que precisa ser conquistado pelos usuários oncológicos, pois no cotidiano percebe-se que as dificuldades de custear os transportes ocasionam em má adesão, sendo que necessitam deslocar-se com frequência em função de consultas e tratamentos.

O trabalho proposto realizou-se através de entrevistas, que ocorriam três vezes por semana, com a intenção de conhecer as condições de vida dos usuários, o impacto e as modificações ocasionadas pela ocorrência do câncer, visando propor estratégias de intervenção, buscando na rede de serviços recursos que poderiam favorecer o processo de saúde.

A entrevista é um dos instrumentos que possibilita a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos (...). A importância da entrevista e de sua condução é destacada com pressupostos, habilidades e por um marco teórico para a qualificação do seu desenvolvimento (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p. 205).

As entrevistas sempre foram realizadas após a explicação para o usuário dos motivos das mesmas, pois consiste em um dever do Assistente Social, em suas relações com os usuários, esclarecer, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua ação profissional (CFESS, 2005, p.24). No decorrer deste processo, utilizaram-se instrumentos como: relatórios para registrar as informações e observações, encaminhamentos, sendo este um procedimento de articulação com os recursos disponível tanto na rede de saúde, quanto de Assistência Social; realizando anteriormente um prévio contato com o local de destino, para torná-lo

---

<sup>33</sup> O Benefício de Prestação Continuada – BPC, é um benefício da Política de Assistência Social, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. É um benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem de tê-lo promovido por sua família. A renda mensal deve ser inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>. Acesso em: 27 out. 2013.

mais efetivo, sempre buscando o retorno da informação, ou seja: se o usuário obteve ou não tal recurso, os prontuários, onde ficam as informações sobre os usuários.

As entrevistas foram de forma semiestruturada, ou seja, havia um roteiro que foi utilizado para nortear, porém o desenvolvimento da entrevista ia se adaptando ao entrevistado, não havendo o seguimento rígido deste roteiro; porém, sempre cuidando os aspectos éticos que regem a profissão. Nesse processo, procurou-se ter o cuidado para que os instrumentos e técnicas utilizadas não possuíssem uma dimensão maior do que a escuta do usuário, buscando sempre pensar para que se estava utilizando tal instrumento, qual a direção que se pretendia dar às entrevistas.

## 5.2 REFLEXÕES ACERCA DAS AÇÕES REALIZADAS

No que se refere à avaliação das ações realizadas, buscou-se apoio em indicadores para mensurá-las. De acordo com Prates (2011), os indicadores são unidades que permitem mensurar o alcance de um objetivo, seja de um projeto ou uma avaliação diagnóstica, de determinada realidade; dessa forma, com o acompanhamento realizado foi possível perceber que algumas metas foram alcançadas, tendo em vista os indicadores abaixo:

- Número de entrevistas realizadas. Foram realizadas 15 entrevistas de acolhimento, sendo que a meta seria realizar o acolhimento de 20% dos usuários que iniciasse a quimioterapia, porém não há um banco de dados no hospital, o qual possa fornecer a informação de quantos usuários iniciaram a quimioterapia no período de execução de projeto, que foi executado no período de dois meses.
- Número de pessoas que buscaram seus direitos após as informações. Após os atendimentos, realizava-se o acompanhamento dos usuários entrevistados, fonte pela qual era possível verificar se o usuário buscou ou não seus direitos após as orientações realizadas; a meta era aumentar em 50% o acesso à informação sobre os direitos. Através dos acompanhamentos realizados por contatos telefônicos, por retorno



espontâneo dos próprios usuários e novas aproximações em outras consultas realizadas, foi possível constatar que as pessoas que participaram dos acolhimentos foram buscar os serviços disponibilizados pela rede de serviços e conseguiram acessar tais recursos, porém em algumas situações houve a necessidade de tencionar a rede de Serviços para que os usuários acessassem os seus direitos.

- Número de demandas identificadas: Constatou-se que dos 15 usuários entrevistados, 11 trouxeram alguma demanda que gerou acompanhamento e 4 não trouxeram nenhuma demanda que necessitasse da intervenção do Serviço Social, pois referiram possuir bom suporte familiar, recursos financeiros para custear despesas com transporte, boa adesão ao tratamento e mostraram conhecimento acerca dos direitos dos pacientes oncológicos. A meta era identificar 50% das demandas que surgissem nos atendimentos; as demandas apresentadas foram: dificuldades financeiras para custear o transporte, dificuldades de acessar o transporte disponibilizado pelos municípios para deslocamento até o HSL, desconhecimento a respeito de direitos previdenciários e benefício da Assistência Social.

A seguir destaca-se a forma pela qual estas demandas se apresentaram:

- Cinco usuários referiram que utilizavam o transporte que a Secretaria dos Municípios disponibiliza para levá-los ao HSL; porém, não havia regularidade e seguidamente perdiam consultas agendadas, em virtude da indisponibilidade dos transportes. Sendo que desconheciam que este serviço prestado configura-se como um direito e não um favor, estes usuários, após a orientação sobre seus direitos e com os devidos encaminhamentos, foram reclamar junto à Secretaria da Saúde a questão da falta de regularidade dos transportes. O depoimento a seguir revela o impacto da ação realizada na mudança de postura da usuária.

Desta vez não nos deixaram na mão, avisaram que não ia ter carro, mas nos deram a passagem, aí conseguimos vir. (...) mas eu fui lá e disse que era um direito meu fazer o tratamento e eles tinham que me trazer, já que eles não tem lá (...) (STEDILE, Diário de Campo, 23/05/ 2013).

Percebe-se que à medida que a usuária conheceu seus direitos, através da informação e refletiu sobre sua condição de cidadã detentora de direito, teve mais autonomia para reivindicá-los; esta constatação vai de encontro com o que traz Vasconcelos:

Está mais do que provado que, quanto mais ativo, seguro, orgulhoso de si, maiores condições tem o indivíduo para exigir direitos e lutar contra a condição a que está submetido (...). Se construindo e se desenvolvendo como um sujeito de direitos; esta altivez não se conquista com humildade e submissão, ignorância e desinformação; pelo contrário... (VASCONCELOS, 2009, p.478).

- Dois usuários não sabiam que os Municípios disponibilizam estes recursos, referindo que possuem dificuldades financeiras para custear transporte. Estes usuários foram orientados e encaminhados à Secretaria de Saúde de seus respectivos municípios, sendo que já começaram a utilizar o transporte na semana seguinte.

- Quatro usuários trouxeram demandas relacionadas à falta de informação em relação a benefícios previdenciários, por exemplo, tempo de contribuição, se tratando da contribuição voluntária. A partir das orientações os usuários foram marcar as perícias.

- Diante das demandas que surgiram, foram realizadas intervenções como: contatos com a rede de saúde, UBS, PSF, buscando fortalecer o vínculo do usuário com a rede primária, com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), encaminhando para atendimentos psicológicos, Secretárias de Saúde, Farmácia do Estado e rede de Assistência Social, onde foram realizados contato com os CRAS das regiões. Percebeu-se que os usuários criaram vínculos com o Serviço Social, sendo possível realizar este acompanhamento continuado, percebendo o retorno daquilo que foi feito; sendo que este retorno foi constatado através do contato com os usuários e do retorno espontâneo dos mesmos, referindo que buscaram tal recurso, se obteve algum resultado.

Cabe destacar que em alguns atendimentos não se identificaram as demandas na primeira aproximação, mas aos poucos foram se revelando. Como,

por exemplo, o Sr. Pedro<sup>34</sup>, idoso, 80 anos, viúvo, portador de câncer pulmonar, compareceu na primeira seção de quimioterapia acompanhado da filha, a qual referiu ser a cuidadora. No decorrer do tratamento, percebeu-se as sucessivas faltas do Sr. Pedro às sessões de quimioterapia e, ao entrar em contato com a cuidadora, atendeu com certa rispidez; a mesma referiu que não estava com tempo para levar o pai ao hospital, então se questionou sobre a possibilidade de outra pessoa levá-lo e houve certa resistência; dessa forma, se achou prudente não continuar questionando por telefone. Ficou agendada uma conversa para o próximo dia de consulta, porém a mesma não compareceu. Não se podia julgar a filha por não estar levando o idoso às consultas, visto que se desconheciam os motivos, mas o papel frente a esta situação era a garantia de direitos daquele idoso:

Art. 3 – É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

O trabalho do Assistente Social não pode se dar de forma isolada, é importante acionar as redes de serviço; nesse sentido, houve contato com a UBS que atendia o território onde o usuário residia, solicitando uma visita domiciliar da Equipe da Saúde da Família (ESF), para verificar as condições em que se encontrava este idoso. Recebeu-se o retorno de que havia precárias condições de higiene e saúde. De acordo com essas informações, e tendo em vista a ausência do idoso nas seções de quimioterapia, elaborou-se um relatório ao Ministério Público denunciando esta situação, por se tratar de uma violação de direitos. Infelizmente, nossa intervenção foi interrompida em virtude do falecimento do idoso. Traz-se este exemplo para elucidar uma intervenção que foi gerada através do acompanhamento, e para esclarecer que o Assistente Social, na área da saúde, precisa ter domínio da Política de Saúde e também de outras políticas que perpassam.

Este projeto teve, por razões diversas, um início tardio, havendo a necessidade de uma reelaboração. Inicialmente, a proposta consistia em realizar um trabalho com esses usuários na sala de espera, sendo que, devido ao curto período em que foi possível executar, houve a necessidade de uma adequação. Porém, não

---

<sup>34</sup> Nome fictício para preservar a identidade do idoso.

se perdeu de vista o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva de competência profissional, sendo este um dos princípios éticos fundamentais que deve guiar o fazer profissional (CFESS, 2005, p. 21).

A inexistência de um local apropriado para a realização das entrevistas foi um fator que dificultou, pois era necessário realizar as entrevistas no corredor, sem privacidade, havendo o risco de expor o usuário. Esta abordagem vai contra ao que prevê o Código de Ética, em seu art.16, que o: “sigilo profissional protegerá o usuário em tudo aquilo de que o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício profissional”. Porém, mesmo com as limitações impostas pelo espaço institucional, foi possível a realização do projeto proposto, evitando-se fazer perguntas que pudessem constranger, sendo que, muitas vezes, no primeiro contato não foi possível perceber as demandas, identificando-as após outras aproximações com o usuário.

Outro fator que também não pôde ser desenvolvido como previsto foi que se pretendia entrevistar o usuário em tratamento e seu familiar, porém, em função de incompatibilidade de horários, pois o estágio iniciava em um período em que os usuários na maioria das vezes já haviam iniciado a seção de quimioterapia, não sendo possível a entrada da estagiária na sala em que são realizadas as aplicações dos quimioterápicos<sup>35</sup>; dessa forma, ocorreu que na maior parte das vezes a entrevista foi realizada somente com o familiar.

Entende-se que o trabalho que se iniciou junto aos usuários teve um impacto positivo, pois se conseguiu atingir o objetivo principal que era: desenvolver ações que proporcionem informações quanto aos direitos dos usuários do serviço de oncologia, no início do tratamento quimioterápico. As ações desenvolvidas através do acolhimento foram favoráveis, tanto para o usuário quanto para os familiares, visto que, através da informação, buscaram os recursos disponíveis nos serviços e reconheceram-se como cidadãos de direitos.

---

<sup>35</sup> É permitida a realização de atividades com os usuários na sala em que são realizadas as seções de quimioterapia, porém, por orientação médica, visto a condição de gestante da estagiária essas atividades não foram possíveis.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tecer as considerações finais deste trabalho constituiu um momento de reflexão acerca das experiências vivenciadas nestes anos de formação, período em que se construiu e se reconstruiu conhecimentos. Quando se pensava que havia aprendido o suficiente, deparava-se com a realidade no campo de Estágio, percebendo que o aprendizado é um processo contínuo, nunca está pronto nem acabado. A realidade é complexa e não estática, para compreendê-la é necessário tecer novos saberes, novas reflexões.

O Estágio desenvolvido no Hospital São Lucas possibilitou o conhecimento acerca do trabalho do Assistente Social na área da saúde, suas atribuições, competências, possibilidades e desafios – este período foi de suma importância para formação da identidade profissional. A aproximação com a realidade tornou viável fazer a relação da teoria, aprendida no espaço acadêmico, com a prática cotidiana no campo de estágio, onde se ampliam conhecimentos articulando-os ao projeto Ético-político da profissão. Busca-se a compreensão dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais que envolvem o processo saúde/doença, e, nesse sentido, percebe-se que o trabalho do Assistente Social na área da saúde, para materializar-se, requer amplo conhecimento acerca da Política de Saúde e também das demais Políticas Públicas, para que possa trabalhar na garantia de direitos dos usuários. Tendo em vista os determinantes e condicionantes sociais, como o acesso à alimentação adequada, a serviços fundamentais como educação, assistência social, previdência social, meios de transporte, informação, saneamento básico adequado, que interferem no processo de saúde.

Ao desenvolver o Projeto de Intervenção, junto aos usuários do serviço de oncologia, na perspectiva de socialização da informação dos direitos constitucionais previstos, foi possível perceber as dificuldades para que o acesso a esses direitos se efetivassem, pois as políticas sociais são fragmentadas, não contemplando os sujeitos em sua totalidade. Percebe-se que a socialização da informação, embora seja um mecanismo indispensável, não pode ser um fator isolado, um mero repasse

informativo, precisa ser refletida juntamente com os usuários na perspectiva de direitos e as formas de acessá-los. Verifica-se, ainda, que apesar de ter avançado significativamente com muitas conquistas no que se refere a direitos sociais, existe a necessidade da luta constante para torná-los efetivos, mantendo vivo o Movimento da Reforma Sanitária que mudou os rumos da Política de Saúde no Brasil. Todos os direitos conquistados foram resultado de grandes lutas travadas por sujeitos sociais em busca de igualdade. Nesse sentido, percebe-se a importância da participação dos Assistentes Sociais nos conselhos de saúde e, também, mobilizando e viabilizando condições para que os usuários lutem por seus direitos e exerçam sua cidadania.

A realização do Estágio na área da saúde proporcionou maior conhecimento do Sistema Único de Saúde, seus princípios e organização. Dessa forma, foi possível realizar uma crítica acerca de sua materialização e impacto junto à instituição e usuários. No cotidiano procurou-se superar os desafios do fazer profissional na área da saúde, em uma instituição de alta complexidade, buscando a viabilização dos direitos dos usuários, articulando as competências teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

O aprendizado foi grande no decorrer deste processo, mas também muito se recuou frente à realidade que muitas vezes não foi possível desvelar, sendo preciso buscar mais aportes teóricos. Porém, tem-se plena consciência de que o caminho ainda é muito longo, visto a complexidade e os desafios que se apresentam diariamente no exercício da profissão de Serviço Social. Finaliza-se com as palavras do grande educador Paulo Freire, que aduz: “Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Jairo Melo, **Voluntariado**: na contramão dos direitos sociais. São Paulo: Cortez, 2008.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Ética e serviço social**: fundamentos ontológicos. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

BARSOTTI, Daniela; MELONI, Elisabeth. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.5, Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000500021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000500021&script=sci_arttext). Acesso em: 19 jun. 2013.

BELLINI, Maria Isabel Barros. A família como metáfora da fraternidade. **Textos & Contextos**, n 1, nov. 2002.

BELLINI; EIDT. (2013). In GUIMARÃES, Gleny Terezinha Duro; BELLINI, Maria Isabel Barros (Orgs.). **ENADE comentado 2010**: serviço social [recurso eletrônico] – Dados eletrônicos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.130 p.

\_\_\_\_\_. **Família-cuidadora e a inserção nas políticas públicas**. Projeto de Pesquisa. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/Grupo de Estudo e Pesquisa Família, Serviço Social e Saúde/GFASSS, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 03 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_3edicao\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf). Acesso em: 14 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em: 03 out. 2013.

\_\_\_\_\_. **Código de Ética do Assistente Social**. Resolução CFESS n. 273, de 13 de março de 1993. (Coletânea de Leis)

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.439**, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 741**, de 19 de dezembro de 2005. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta

Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades.

\_\_\_\_\_. Brasília. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Anexo 1. Disponível em [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br). Acesso em: 20 abr.2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez n. 88, 2006.

\_\_\_\_\_; BRAVO Inês Souza. Política de Saúde no Brasil In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.). **Serviço Social e Saúde**. Formação e trabalho profissional. São Paulo, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_; BRAVO Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza (Org.). **Saúde e serviço social**. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

\_\_\_\_\_; MATOS Murilo Castro. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para debate. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.). **Serviço Social e Saúde**. Formação e trabalho profissional. São Paulo, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BULLA, Leonia Capaverde. Relações sociais e questão social na trajetória histórica do serviço social brasileiro. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, 2003.

\_\_\_\_\_. O contexto histórico da implantação do serviço social no Rio Grande do Sul. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 7 n. 1, jan./jun. 2008.

CABRAL, Eloisa Helena de Souza. **Terceiro setor: gestão e controle social**. São Paulo: Editora Saraiva, 2007.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil, o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 54(1): 87-96, 2008.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social e Conselho Federal de Psicologia. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social. Brasília, 2007.

CHUPEL, Cláudia Priscila; MIOTO Regina Célia Tamaso. Acolhimento e serviço social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. **Serviço Social & Sociedade**. Campinas: UNICAMP, v. IX, n.10, dez. 2010.

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 6 ed. São Paulo: Cortez, CEDEC, 2005.



SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1882 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Ligia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2008, p. 357-434.

FERREIRA, Magda; FELLIPE, Flávia; KOENIG, Jacinta. **Ações do serviço social: propostas de pesquisa e ação**. Atividades desenvolvidas no Hospital São Lucas da PUCRS. Porto Alegre, jan. 1997.

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

GUERRA, Yolanda. O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.91, p.5-33, 2007.

GUIMARÃES, Gleny Terezinha Duro; BELLINI, Maria Isabel Barros (Orgs.). **ENADE comentado 2010: serviço social [recurso eletrônico] – Dados eletrônicos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.130 p.

HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. Disponível em: <http://www.hospitalsaolucas.pucrs.br>. Acesso em: 30 jul. 2013.

IAMAMOTO, Marilda V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER José Alencar Gomes da Silva. **Abc do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2 ed. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação. Luiz Cláudio Santos Thuler (Org.), Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc\\_do\\_cancer\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf). Acesso em: 04 ago. 2013.

LEWGOY, Alzira; SILVEIRA, Esalva. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. **Textos & Contextos**. Porto Alegre. 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article>. Acesso em: 05/08/2013

KERN, Francisco A. Joaquim. **As mediações em redes como estratégias metodológicas do Serviço Social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

KERN; FAUSTINI (2013). In GUIMARÃES, Gleny Terezinha Duro; BELLINI, Maria Isabel Barros (Orgs.). **ENADE comentado 2010: serviço social [recurso eletrônico] – Dados eletrônicos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.130 p.

LUNARDI, Valéria Lerch. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n.1, p.26-40, jan. 1999.

MARTINELLI, Maria Lucia. **Serviço social: identidade e alienação**. São Paulo: Cortez, 2006.

MENDES, Jussara; LEWGOY, Alzira; SILVEIRA, Esalba. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Ciência & Saúde**. Porto Alegre, v.1, n.1; p.24-32, jan./jun. 2008.

MIOTO, Regina Célia. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. CFESS (Org.). **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 497-512, 2009.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social; crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2002. 288 p.

\_\_\_\_\_. Família e serviço social, contribuições para o debate. **Serviço Social e Sociedade**, 55:114-30, 1997.

MUÑOZ SÁNCHEZ, Alba Idaly; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? **Ciência e Saúde Coletiva**, p. 319-324, 2007.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético político do serviço social. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.). **Serviço social e saúde**. Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

OLIVEIRA, Cirlene Aparecida. Estágio Supervisionado Curricular em Serviço Social: Elementos para Reflexão. **Temporalis** Revista da ABEPSS, ano IX, n.19, 2009.

\_\_\_\_\_. Para a construção de uma Política Nacional de Estágio da ABEPSS – Documento-base. Brasília, 2009.

PLANALTO cobrará explicações dos EUA sobre espionagem a Dilma. **Zero Hora**. Disponível em: <http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/mundo/noticia/2013/09/planalto-cobrara-explicacoes-dos-eua-sobre-espionagem-a-dilma-4254832.html>. Acesso em: 09 set. 2013.

POLIGNANO, Marcus Vinicius (2012). **Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: [www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226). Acesso em: 01 nov. 2013.

PORTAL SAÚDE. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/10812/162/tempo-deespera-nao-pode-ultrapassar-60-dias-no-sus.html>. Acesso em: 21 out. 2013.

PRATES, Jane Cruz. **Conceituando e construindo indicadores**. Material disponibilizado na plataforma Moodle, na disciplina Avaliação de Políticas Sociais e Construção de Indicadores, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

RAMON, Gisele Selistre. **Determinação social da saúde e as dimensões da competência profissional de assistentes sociais de Porto Alegre**. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Porto Alegre, PUCRS, 2013.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serv. Soc. & Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011.

REVISTA VEJA. Edição 01/10/2013. Disponível em [www.veja.abril.com.br/noticia/economia/desemprego-na-zona-do-euro-fica-em-12-em-agosto](http://www.veja.abril.com.br/noticia/economia/desemprego-na-zona-do-euro-fica-em-12-em-agosto). Acesso em: 20 out. 2013.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, v.17, n. 1, Rio de Janeiro, jan./abr. 2007. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf). Acesso em: 29 out. 2013.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p. 241-58.

SILVEIRA, Esalba. **Programa de ensino**. Material didático utilizado na disciplina de Estágio Curricular em Serviço Social II, Faculdade de Serviço Social, PUCRS, 2012.

\_\_\_\_\_. **Programa de ensino**. Material didático utilizado na disciplina de Estágio Curricular em Serviço Social III, Faculdade de Serviço Social, PUCRS, 2013.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SOUSA, R. M. S. Controle social em saúde e cidadania. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 74, p. 68-84, jul. 2003.

STEDILE, Fabiana da S. **Diários de campo**. Trabalho apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Estágio Curricular I, II e III em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012/2013, p.1-6.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1995.

WOLF Maria Palma. (2013). In: GUIMARÃES, Gleny Terezinha Duro; BELLINI, Maria Isabel Barros (Orgs.). **ENADE comentado 2010**: serviço social [recurso eletrônico] – Dados eletrônicos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.130 p.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Prática Reflexiva. IN: Em Pauta: **Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, nº 10. 1997. (p. 131-181)

\_\_\_\_\_. Serviço social e prática reflexiva. **Em Pauta** – Revista da Faculdade de Serviço Social, Rio de Janeiro: UERJ, n. 10, p. 131-181, 1997.

YAZBEK, M.C.; MARTINELLI, M.L.; RAICHELIS, R. O serviço social brasileiro em movimento: fortalecendo a profissão na defesa de direitos. **Serviço Social e Sociedade**, n. 95, São Paulo: Cortez, 2008, p. 05-32.