

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

CARMEN LUCIA NUNES DA CUNHA

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: OS DESAFIOS PARA A GARANTIA
DO ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS DOS USUÁRIOS**

Porto Alegre

2010

CARMEN LUCIA NUNES DA CUNHA

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: OS DESAFIOS PARA A GARANTIA
DO ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS DOS USUÁRIOS**

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: Patrícia Krieger Grossi

Porto Alegre

2010

CARMEN LUCIA NUNES DA CUNHA

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: OS DESAFIOS PARA A GARANTIA
DO ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS DOS USUÁRIOS**

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.

Aprovada em 08 de julho de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Gleny Terezinha D. Guimarães

Profª Drª Maria Isabel Barros Bellini

Á meu filho Bruno, cujo nascimento deu um novo sentido e inspiração a minha vida.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, a paciência e amor incondicional que me dedica e que foi pilar para que eu me transformasse na pessoa que sou hoje. Ao meu pai, em memória.

Ao meu filho, o carinho, apoio e compreensão nas minhas ausências movidas pelo estudo e busca de uma nova formação profissional.

À minha grande amiga, irmã de coração, Sheila, a paciência, compreensão e apoio nas horas mais difíceis, quando nada parecia fazer sentido.

À “estrela” Dalva, minha grande amiga. Obrigada pelo seu carinho, pela amizade, pela cumplicidade, pelos conselhos que me fizeram seguir em frente, reescrevendo a minha história.

À minha querida supervisora de campo, Jacinta Koenig, o carinho, apoio, dedicação e cumplicidade ao longo desse processo de formação. Muito obrigada por tudo que me ensinou, foi um privilégio tê-la como supervisora!

À minha querida supervisora de estágio, Esalva Silveira, os ensinamentos, pela competência, pelo exemplo de profissional dedicada e comprometida com a formação de seus alunos.

À minha querida orientadora Patrícia Grossi, a acolhida carinhosa, pela atenção, pelo apoio, pelos momentos de troca e reflexão que possibilitaram a construção desse trabalho.

À minha “bárbara” professora Alzira, sempre alegre, competente e dedicada, as valiosas contribuições para a concretização desse trabalho.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação: Ana Lúcia, Belinha, Berenice, Bia, Chico, Dolores, Gleny, Idília, Inês, Jane, Leonia, Marazita e Márcia. Muito obrigada!

Às minhas amigas e colegas do Curso de Serviço Social Aline, Anelise, Jussara, Marisa, Marister, Taís e Viviane. Agradeço-lhes a amizade, as risadas, as trocas, o apoio, a compreensão pela ausência por vezes necessária.

A todos os profissionais do Hospital São Lucas, a acolhida, os momentos de troca e reflexão e a possibilidade de realização deste trabalho.

Enfim, agradeço a todos os familiares, amigos, colegas e companheiros que fizeram parte desse processo de formação do qual esse trabalho é resultado. Muito obrigada!

"Há um tempo em que é preciso
abandonar as roupas usadas
Que já tem a forma do nosso corpo
E esquecer os nossos caminhos que
nos levam sempre aos mesmos lugares
É o tempo da travessia
E se não ousarmos fazê-la
Teremos ficado para sempre
À margem de nós mesmos"

Fernando Pessoa.

RESUMO

Este trabalho deu visibilidade à importância do profissional Assistente Social que atua na área da Saúde e os desafios diários para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários de seus serviços. Refletimos sobre o trabalho interdisciplinar no campo da Saúde que através da articulação entre diferentes saberes na prática cotidiana dos profissionais pode contribuir para um melhor entendimento do processo saúde e adoecimento. Destacamos a importância da documentação no cotidiano do trabalho do Assistente Social como possibilidade de sistematização de informações que permitirão a avaliação das ações desenvolvidas e conseqüente melhora nos serviços prestados a população. Procuramos discutir a política de saúde e os direitos dos usuários do SUS, mais especificamente a Política Nacional de Atenção Oncológica, uma resposta do Estado a uma crescente demanda coletiva da população. Tecemos algumas considerações a respeito da criação de políticas focalizadas como estratégia de enfrentamento a desigualdade social, medida paliativa que não altera a estrutura social, mas procura garantir aqueles que mais necessitam acesso aos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Serviço Social. Saúde. Políticas Sociais. Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

This work makes visible the importance of the professional of Social Work from the health field, and the daily challenges faced by them when trying to guarantee the rights of the health service users. We reflect about the interdisciplinary work in the health field through the articulation of different knowledge in the daily practice of professionals that contributes to a better understanding of the health and sickness process. The importance of documentation in the daily work of social workers as a possibility of sistematization of information that enables the evaluation of the actions taken, and a subsequent improvement of services for the population. We discussed about the health policy and the rights of SUS's users, specifically the Oncological National Health Policy, an answer of the State to the increasing collective population's demand. Some thoughts were given towards the implementation of focused policies as an strategy for fighting social inequality, viewed as a palliative measure which does not change the social structure but tries to gurantee access to health services for those who are the most needy.

Keywords: Social Work. Health. Social Policies. Interdisciplinarity.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Níveis de Atenção à Saúde	41
---	-----------

LISTA DE SIGLAS

AAPECAN – Associação de Apoio as Pessoas com Câncer

CAPS - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CBCISS - Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CIDAPE – Centro de Integração e Desenvolvimento Assistência Ensino e Pesquisa

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

HSL – Hospital São Lucas da PUCRS

IAPS - Institutos de Aposentadoria e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPA – Plano de Pronta Ação

PSF – Programa de Saúde da Família

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SUCAM – Superintendência de Campanhas da Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

UBEA - União Brasileira de Educação e Assistência

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	O LOCUS DE APRENDIZAGEM.....	13
2.1	O HOSPITAL SÃO LUCAS.....	13
2.2	O SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO	15
2.3	O ASSISTENTE SOCIAL NA INTERNAÇÃO DE ADULTOS.....	17
2.4	A GARANTIA DO ACESSO AOS DIREITOS DOS USUÁRIOS	19
2.5	A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR.....	22
3	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	25
3.1	A POLÍTICA DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL	25
3.2	A REFORMA SANITÁRIA	30
3.3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	32
4	O SERVIÇO SOCIAL E A DEFESA DOS DIREITOS.....	36
4.1	OS DIREITOS SOCIAIS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA	36
4.2	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA	39
4.2.1	Os Níveis de Atenção à Saúde	39
4.3	POLÍTICAS FOCALIZADAS: AVANÇO OU RETROCESSO?.....	42
4.4	OS DETERMINANTES NA DEFINIÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	45
5	A CAMINHADA: ALIANDO TEORIA E PRÁTICA.....	47
5.1	A IMPORTÂNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE HOSPITALAR 47	
5.2	O PROCESSO INTERVENTIVO COM OS USUÁRIOS: DESAFIOS, TENSÕES E CONTRADIÇÕES.....	48
5.3	ARTICULANDO AS COMPETÊNCIAS.....	50
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
	APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista	79

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo refletir e sistematizar a intervenção da estagiária no Hospital São Lucas da PUCRS, junto à Internação Clínica de Adultos, tendo como foco o acompanhamento dos usuários da Internação Oncológica e seus familiares. Tal processo desenvolveu-se em três semestres, de março de 2009 a junho de 2010.

Inicialmente apresentamos o local onde se realizou o estágio curricular obrigatório em Serviço Social, destacando a organização, missão, os valores e objetivos desta Instituição voltada ao ensino e pesquisa em Saúde. Abordamos o trabalho do Assistente Social neste espaço institucional, entendido como um espaço contraditório e complexo, onde se encontram tanto as vias de resistência quanto as de transformação, numa tentativa de contribuir para a discussão acerca deste campo de trabalho.

No segundo capítulo, apresentamos brevemente alguns aspectos da política de saúde no Brasil, destacando a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde, por entendermos que sua implantação foi um acontecimento que marcou profundamente a vida de todos os cidadãos à medida que ampliou o atendimento da saúde a todos que dela necessitam. Traçamos um paralelo da política de saúde com o surgimento e fortalecimento da profissão e seu objeto de trabalho, destacando sua identificação com o projeto de Reforma Sanitária, já na década de 80.

No capítulo seguinte, discutimos a questão dos direitos sociais na sociedade contemporânea, entendida como desigual e excludente. Uma sociedade que produz pobreza não apenas como resultado de uma má distribuição de renda, mas pela própria forma como organiza sua produção, ou seja, uma sociedade que se organiza através de uma forma coletiva de trabalho, em oposição a uma apropriação privada dos frutos desta produção. Tal sociedade, entendida como desigual e excludente, exige do Estado a implantação de políticas sociais como estratégias de enfrentamento a desigualdade, mas são medidas paliativas que não alteram a estrutura social, apenas minimizam seus efeitos.

Em seguida trazemos a experiência da estagiária no Hospital São Lucas, sua intervenção na internação oncológica dos usuários e interação com os familiares do usuário, quando procurou identificar em que medida o conhecimento acerca dos

direitos potencializaria o acesso aos serviços, reduzindo as situações de vulnerabilidade. Procurou-se desvelar o aparente, avançando no sentido de uma prática com intencionalidade, comprometida com o usuário, procurando superar uma postura de repetição e reprodução do que já está posto. Compreendemos, durante este processo de aprendizagem, que, para atingir tal prática é necessária uma articulação entre as competências teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política.

Por fim, tecemos algumas considerações a respeito deste processo de aprendizagem, tendo como pano de fundo a experiência vivenciada na área da Saúde. São considerações iniciais que carecem de maior aprofundamento à medida que se adquire mais experiência e conhecimento acerca desta temática.

2 O LOCUS DE APRENDIZAGEM

Neste primeiro capítulo, apresentaremos o Hospital São Lucas da PUCRS, local onde foi realizado o estágio curricular obrigatório em Serviço Social. Traremos algumas considerações sobre o Serviço Social neste contexto, apontado alguns limites e possibilidades de ação neste espaço institucional. Por fim, destacamos a importância da interdisciplinaridade na execução do trabalho do Assistente Social que atua na área da Saúde.

2.1 O HOSPITAL SÃO LUCAS¹

O estágio obrigatório em Serviço Social ocorreu no Hospital São Lucas da PUCRS (HSL) localizado na Av. Ipiranga, 6690, bairro Jardim Botânico, em Porto Alegre, junto ao Campus Central da Universidade, no período de março de 2009 a junho de 2010. Trata-se de um hospital-escola, filantrópico², que tem como mantenedora a UBEA - União Brasileira de Educação e Assistência - Sociedade Civil da Congregação dos Irmãos Maristas da Província de Porto Alegre; Sistema Único de Saúde (SUS); convênios e particulares.

O HSL faz parte das instituições do Terceiro Setor (FERNANDES, 2009), entendido como o conjunto de organizações com fins públicos, mas de caráter privado, regidas, portanto, pelo direito privado, mas sem objetivos mercantis, constituindo uma esfera de atuação pública não estatal³. Foi o primeiro investimento

¹As informações neste capítulo a respeito do Hospital São Lucas estão baseadas nas informações contidas no site oficial do hospital, disponíveis em www.hospitalsaolucas.pucrs, acessado em 03/04/2009.

²Pela regulamentação vigente são consideradas filantrópicas as entidades 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. Várias condições são exigidas para a obtenção desse Certificado. Para os hospitais, destacam-se duas alternativas previstas pelo Decreto 4.327/2002: a oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS; e, no caso do gestor local do SUS declarar impossibilidade de contratação de 60% de internações, a entidade aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade variando entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento ao SUS. O setor hospitalar filantrópico no Brasil é responsável por cerca de um terço dos leitos existentes no País, constituindo-se em importante prestador de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o setor da saúde suplementar. Material disponível em www.scielosp.org.br, acessado em 20/04/2010.

³A existência de um terceiro setor pressupõe um primeiro e um segundo, ou seja, o Estado (com fins públicos) e o mercado (com fins privados), respectivamente. As entidades filantrópicas situam-se no terceiro setor, campo dos agentes não governamentais com o encargo de substituir o Estado no atendimento da educação, saúde e assistência social. (Fonte: Anotações de sala de aula, disciplina de Administração em Serviço Social III, professora Ana Lúcia Maciel. 2009/1º semestre).

da Congregação Marista na área da Saúde, oficialmente inaugurado em 1976. Em 1982, ocorreu a alteração do nome fantasia do hospital para Hospital São Lucas da PUCRS, denominação em homenagem ao apóstolo e evangelista que foi médico e artista plástico, padroeiro da classe médica. A Instituição tem como missão 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.

No que se refere ao quadro funcional, conta-se com aproximadamente 2.335 funcionários, 170 médicos residentes e um corpo clínico com cerca de 550 médicos, muitos exercendo a função de professor da Faculdade de Medicina e com seu consultório particular no Centro Clínico da PUCRS. Todos os cargos contratados são definidos através de perfis funcionais elaborados por profissionais capacitados (psicólogos organizacionais e médicos do trabalho) em conjunto com os gestores de cada área, abrangendo inclusive a análise da aptidão física por função, considerando que está prevista a contratação de deficientes físicos para diversas áreas do hospital, o que fica bem visível a qualquer pessoa que circule pelas dependências da Instituição. A forma de contratação no hospital se dá através do envio de currículo por *e-mail* ou de sua entrega pessoalmente no CIDAPE (Centro de Integração e Desenvolvimento Assistência/Ensino/Pesquisa), seguida de entrevista, teste psicológico e exame médico com o candidato selecionado, contratado conforme as Leis Trabalhistas vigentes.

Analisando a missão⁴ e os valores⁵ da Instituição, expressos nos documentos pesquisados e com base nas observações realizadas no campo de estágio, verificamos que ela demonstra um compromisso ético com relação ao ensino e à pesquisa em saúde. Na área de ensino, é campo de estágio de diversas áreas, envolvendo anualmente mais de 800 alunos dos cursos de Graduação, Pós-Graduação e profissionalizantes. Desenvolve projetos de pesquisas básica e clínica em articulação com as faculdades da área das ciências da saúde, com o Instituto de

⁴ 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, acessado em 30/03/2009.

⁵ Com relação aos valores da instituição encontramos nos materiais do HSL que as ações de assistência, ensino e pesquisa desenvolvem-se integralmente articuladas, em consonância com a Filosofia Marista, em harmonia com princípios éticos e no contexto de nosso compromisso social. Disponível em www.hospitalsaolucas.pucrs.br, acessado em 30/03/2009.

Pesquisas Biomédicas e o Instituto de Geriatria e Gerontologia, totalizando, em 2009, 182 projetos. Procura desenvolver um atendimento ao usuário, levando em conta a política de assistência que prevê, em seus princípios, o respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade bem como a igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza. (BRASIL, Ministério do Desenvolvimento e Combate a Fome, 2004, p. 26).

Através de sucessivas aproximações com a realidade institucional, foi-se conhecendo um pouco mais a Instituição, movimento necessário para entender sua estrutura, funcionamento, missão, objetivos, público atendido, redes sociais de atendimento e as demandas que chegam ao profissional do Serviço Social.

2.2 O SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO⁶

O Serviço Social começa suas atividades no hospital no ano de 1977, época que se inicia o campo de estágio da Faculdade de Serviço Social da PUCRS. O serviço contava, naquele momento, com duas Assistentes Sociais, duas estagiárias de Serviço Social e uma Supervisora de Estágio. Hoje, mais de trinta anos depois, conta com cinco Assistentes Sociais, cada uma trabalhando numa área específica; três residentes em Serviço Social nas áreas da Saúde da Mulher, Saúde Infanto-Juvenil, Saúde do Idoso, e três estagiárias de Serviço Social.

Percebe-se que, embora tenha aumentado consideravelmente o número de atendimentos para o Serviço Social nestes anos (incluindo, além dos usuários, os funcionários do hospital), o número de Assistentes Sociais não cresceu na mesma proporção, fato que, com certeza, dificulta e/ou limita a ação dos profissionais. Fica claro, neste caso, que se exige cada vez mais um aumento da produtividade deste trabalhador, fazendo com que o Assistente Social acumule trabalho em vez de se aumentar o número de profissionais para atender aos programas, projetos e demandas institucionais e dos usuários. Mesmo assim, o profissional não deixa de lado um dos seus princípios éticos fundamentais, que é o compromisso com a

⁶ As informações neste capítulo a respeito do Hospital São Lucas estão baseadas nas informações contidas no site oficial do hospital, disponível em www.hospitalsaolucas.pucrs, acessado em 03/04/2009.

qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. (CRESS, 2005, p. 21)

Constata-se também a necessidade de um trabalhador polivalente que desenvolva outras habilidades além das exigidas pela sua competência profissional. Algumas vezes, o Assistente Social precisava realizar tarefas que não deveriam ser realizadas por ele, mas a necessidade e a emergência da situação acabavam fazendo com que assumisse mais este papel. Merece destaque uma observação feita logo no início do estágio, com a orientação de que há determinadas tarefas que não são de competência do Serviço Social como, por exemplo, acionar a Secretaria de Saúde de outro Município, solicitando o envio uma ambulância para buscar o paciente que está com alta. Atualmente, estas demandas são encaminhadas à secretária do Serviço Social, que fica no outro andar, para que sejam resolvidas.

É um exemplo bem simples, mas serve para ilustrar uma situação que, até bem pouco tempo, vinha ocorrendo, pois quem fazia essa solicitação era o Assistente Social. Observa-se que esta foi uma conquista dos assistentes sociais e necessita ser respeitada, valorizada, pois este profissional, já tão requisitado, pode ter mais tempo livre para se dedicar aos seus atendimentos. O Serviço Social tem como compromisso prestar atendimento social aos pacientes e familiares, identificando as mais diferentes expressões da questão social, que se revelam como fatores impeditivos para que consigam alcançar melhores condições de saúde⁷. Para tanto, o trabalho dos profissionais de Serviço Social está assim distribuído:

- a) Assistente Social 1 – área de atuação: Alojamento Conjunto; Centro Obstétrico; UTI⁸ Neonatal; UTI Pediátrica; Internação Pediátrica; Ambulatórios de Pediátrica; Instituto de Geriatria.
- b) Assistente Social 2 – área de atuação: Nefrologia / Transplantes; Saúde do Trabalhador; Funcionários.
- c) Assistente Social 3 – área de atuação: Internação Clínica de Adultos
- d) Assistente Social 4 – área de atuação: Coordenação do Serviço Social.
- e) Assistente Social 5 – área de atuação: Emergências, Pronto SUS e Pronto PUC; Funcionários (noite).⁹

⁷Texto extraído de documento elaborado pelas Assistentes Sociais do Hospital São Lucas da PUCRS, Magda Suzana da Silva Ferreira e Laura dos Santos Lunardi, s/d.

⁸ UTI significa Unidade de Tratamento Intensivo.

Analisando apenas o número de áreas que cada Assistente Social atende, tem-se a impressão de que tal distribuição é desproporcional, mas, se levarmos em conta o número de leitos que existem para cada setor e o número de usuários a serem atendidos, verifica-se que isso não é verdade. No caso da Assistente Social que trabalha na Internação Clínica de Adultos e que atende usuários do SUS, por exemplo, observando a quantidade de pacientes internados nas diversas especialidades médicas deste setor (há cerca de 150 leitos nesta unidade), é fácil constatar que uma única profissional é pouco para atender tamanha demanda. Exige-se uma grande dedicação, organização, paciência e esforço pessoal da profissional de Serviço Social para dar conta de suas atribuições.

Registra-se aqui, a partir desta observação no campo de estágio, a importância da contratação de outra Assistente Social para trabalhar nesta unidade, tendo em vista as seguintes questões: 1) o grande número de atendimentos na Unidade; 2) a natureza do trabalho, que exige do profissional sucessivas aproximações para poder desvendar o que não foi dito pelo usuário, o que não é visível num primeiro momento; 3) a apreensão das diversas expressões da questão social vivenciadas pelos usuários no seu cotidiano, identificando quais enfrentamentos necessitam ser trabalhados; 4) a necessidade de articulação com a rede e com profissionais de outras instituições; 5) a exigência de uma qualificação profissional permanente; 6) o compromisso com o estagiário em formação e a orientação que este requer; 7) a participação nos fóruns e debates relativos à área de atuação.

2.3 O ASSISTENTE SOCIAL NA INTERNAÇÃO DE ADULTOS

Identificamos claramente no HSL os três níveis de gestão: estratégico, tático e operacional. O HSL tem um direcionamento estratégico bem definido e utiliza-se de um planejamento de longo prazo para alcançar o objetivo de ser reconhecido como um Hospital Padrão de Referência em Gestão, Assistência, Ensino e Pesquisa em Saúde¹⁰. Pode-se dizer que o Serviço Social encontra-se mais no nível operacional. Os Assistentes Sociais executam os programas institucionais e desenvolvem

⁹ A 5ª Assistente Social foi recentemente contratada, em meados de maio de 2010.

¹⁰ Segundo dados obtidos no site do Hospital São Lucas, disponível em www.hospitalsaolucas.pucrs.br, acessado em 03/04/2009.

projetos específicos, cada um na sua área de atuação. Os projetos desenvolvidos pelo Serviço Social na Unidade de Internação de Adultos são: Comissão dos Direitos do Paciente Adulto e o Grupo com os Familiares dos Pacientes da Oncologia e Hematologia.

A Comissão dos Direitos do Paciente Adulto tem como objetivo identificar, avaliar e acompanhar, através de equipe multiprofissional (Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Nutrição), os casos de suspeita de violência, negligência ou maus-tratos por parte dos familiares, da comunidade e também das instituições. O grupo se reúne uma vez por semana com o objetivo de garantir e de defender os direitos dos usuários¹¹. O Grupo dos Familiares dos Pacientes da Oncologia e Hematologia também se reúne uma vez por semana, com o objetivo de oferecer suporte e esclarecimentos aos familiares, proporcionar aos cuidadores e familiares a possibilidade de conversarem sobre a doença, suas implicações, os cuidados com o paciente, os sentimentos, as vivências e expectativas frente à situação de doença e hospitalização, auxiliando e estimulando a adesão dos pacientes ao tratamento¹².

Durante o primeiro semestre de estágio no HSL, esse projeto não foi colocado em prática, algumas vezes devido ao excesso de trabalho dos profissionais envolvido; outras vezes porque havia necessidades mais urgentes que precisavam de respostas imediatas, ou então por falta de espaço para a sua realização. Outra situação que se apresentou neste período foi o fato de que alguns familiares convidados a participar do grupo não quiseram. Uns, talvez por desconhecimento da importância deste trabalho; outros por não permitirem que, mesmo por pouco tempo, o usuário fosse deixado sozinho no leito, sem os cuidados de que necessitava naquele momento, ou por medo de saber a real situação da doença e sua implicação.

Com certeza, a realização do projeto dependia de uma maior articulação entre os profissionais da Instituição e os estagiários tanto do Serviço Social quanto da Psicologia, que ingressam em épocas diferentes no hospital, e as necessidades dos usuários e seus familiares, o que aconteceu no segundo semestre do estágio. Esta necessidade identificada pelos profissionais precisou ser trabalhada entre os

¹¹ Informações obtidas através de entrevista com a Assistente Social que supervisiona o estágio curricular em Serviço Social, Hospital São Lucas, PUCRS, 2009/1º semestre.

¹² Informações obtidas através de entrevista com a Assistente Social que supervisiona o estágio curricular em Serviço Social, Hospital São Lucas, PUCRS, 2009/1º semestre.

familiares destes pacientes, para que fosse sentida como uma carência, algo que falta, passando, desta forma, a ser uma requisição, uma demanda coletiva.

Segundo Serra (2000), as demandas do Serviço Social devem ser enfocadas levando-se em conta o que está além da aparência, do que está posto; há que se ter um duplo movimento de análise em relação ao conhecimento das demandas.

Primeiramente é imprescindível identificar as necessidades do capital e do Estado, em especial, em face das alterações estruturais de hoje, para que se possa, em decorrência, identificar as imposições e demandas que um e outro estão colocando à profissão, em particular. Por outro lado, a exigência é romper com os véus da aparência das necessidades sociais, determinadas por estas alterações econômico-políticas, identificando-se as reais necessidades do outro polo da intervenção profissional – a classe trabalhadora, público-alvo da atuação da profissão. (SERRA, 2000, p.162)

No planejamento do seu trabalho, o Assistente Social leva em conta a demanda institucional, mas sem deixar de lado a demanda do usuário; procura intervir de forma a transformar determinadas situações que estão ao seu alcance, desenvolvendo suas ações com base no Código de Ética e seu compromisso profissional; trabalha com conhecimento da legislação profissional, das atribuições e competências da sua profissão, bem como dos limites que a instituição impõe. O trabalho desenvolvido é um trabalho político, pois não é neutro, tem uma intencionalidade, um compromisso que, segundo seu Código de Ética, remete a uma visão de homem e de mundo que possibilita a realização de ações transformadoras.

2.4 A GARANTIA DO ACESSO AOS DIREITOS DOS USUÁRIOS

A Ouvidoria¹³ do HSL é uma possibilidade que pode ser acionada pelo usuário para garantir seus direitos, obtendo informações e/ou esclarecimentos de

¹³ A Ouvidoria no HSL é um canal de comunicação entre a instituição e a população usuária dos serviços. Desta 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. O SUS implantou em 2003 o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS - DOGES - criado por meio do Decreto nº 4.726, que compõe a estrutura do Ministério da Saúde como parte integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). A Ouvidoria Geral do SUS é um canal democrático de estímulo à participação comunitária, de disseminação de informações em saúde, de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde, além de atuar como ferramenta de gestão, contribuindo para definição de ações que resultem em melhorias no Sistema Único de Saúde. Material sobre a Ouvidoria Geral do SUS disponível em www.portal.saude.gov.br, acessado em 11/05/2010.

que necessite. Quando recebemos reclamações diversas, que não dizem respeito ao Serviço Social, encaminhamos à Ouvidoria, que, neste momento, pode agir como um mecanismo de promoção dos direitos dos sujeitos.

Situações que chegavam ao Serviço Social impossíveis de serem resolvidas, apesar das tentativas feitas como, por exemplo, uma equipe médica que nunca estava disponível e que se mostrava resistente em atender os familiares que trabalham e não podem comparecer no horário da visita, ou um exame que está demorando muito para ser feito, podem ser encaminhadas pelos usuários à Ouvidoria do HSL. Esta é uma possibilidade oferecida pelo hospital e que o Serviço Social deve informar aos usuários, que normalmente a desconhecem, para que possam utilizá-la na efetivação de seus direitos como uma forma de resistência ao que está institucionalizado.

Atendemos aos familiares de um usuário que procuraram o Serviço Social para tentar reverter a alta dada pela equipe médica, que, segundo eles, não ouviu as queixas do paciente. Após ouvir atentamente as considerações dos familiares, encaminhamos o caso à Ouvidoria, pois o usuário, segundo relato do familiar,

(...) teve alta, mas continua do mesmo jeito que chegou. (...) Ele fez vários exames na Neurologia, e nada foi detectado. A esposa e o cunhado temem levá-lo para casa, até porque, na alta, diz que ele alega não ter dor, que ele teve melhora, mas não ouviram o paciente. Ele diz ter dor e que não melhorou nada. Os familiares conversaram com o médico sobre essa situação e foram informados que o paciente deve procurar um oftalmologista, mas ele não deu nenhum tipo de encaminhamento. Como o Sr. Y já está de alta, não há nada que o Serviço Social possa fazer. A equipe médica deveria, antes de fornecer a alta, ter pedido a consultoria de um oftalmologista, pois eles fariam uma avaliação do caso. Com a alta, isso não é mais possível, transferiram essa responsabilidade para a família e sabemos o quanto é demorada uma consulta via posto de saúde. Primeiro deve ser consultado um clínico-geral para avaliar a situação e, se for preciso, ele encaminha para um especialista, agendado pelo posto, o que pode demorar mais de 30 dias. Penso que o encaminhamento deste caso poderia ter sido diferente. Esta equipe analisou apenas a sua especialidade, fez a fila andar (...) sem se preocupar com o paciente em sua totalidade, nas outras possibilidades de investigação, uma vez que o mesmo já estava internado. (CUNHA, Diário de Campo, 24/03/2009)

Refletindo sobre essa situação, percebemos que, embora o Assistente Social seja um trabalhador assalariado que desenvolve suas atividades dentro desta sociedade capitalista, onde se percebem claramente interesses opostos, relações de

exploração e exclusão, isso não o impede de ter outra postura frente ao que está posto; não o remete à condição de um profissional que, muitas vezes, está sujeito a reproduzir suas regras e normas, desde que não perca de vista sua ética, seus princípios, seu projeto político e seu compromisso profissional.

Esse profissional organiza o seu processo de trabalho¹⁴, independentemente do local onde desenvolva as suas atividades; está inserido em processos sociais nos locais onde trabalha e por isso precisa entender como se dão as relações nas instituições onde se inserem para intervir e propor com qualidade, visando garantir os direitos dos usuários. Estas relações podem ser de reprodução ou de transformação, e cabe ao profissional ter uma postura investigativa, propositiva, criativa. Claro que isso não é algo simples de ser feito; é um desafio permanente, e, muitas vezes, são essas pequenas ações no cotidiano de intervenção que acabam fazendo toda a diferença para o usuário.

Ao mesmo tempo, este espaço operacional é um espaço privilegiado que pode ser utilizado para influenciar e produzir mudanças na instituição a partir, por exemplo, da operacionalização de um Programa que a Instituição executa, mas que não atende às necessidades dos usuários. Este Programa pode ser alterado, modificado, adaptado quando o Assistente Social é capaz de encontrar brechas e/ou outras soluções criativas que possam contemplar as demandas dos usuários a partir daquilo que a instituição propõe.

Um exemplo é o Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar – PNHAH, (VILLAR, 2008) um Programa do Ministério da Saúde implantado no ano de 2000 no HSL. A partir de significativas queixas de usuários, referentes aos maus-tratos nos hospitais, desenvolveu-se um programa nacional que tem como objetivo fundamental aprimorar as relações entre os profissionais da Saúde e os usuários, dos profissionais entre si e do hospital e a comunidade. O programa tem como proposta um conjunto de ações que visam mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a sua qualidade de vida e a eficácia dos serviços prestados pelas instituições.

¹⁴ Processo de trabalho entendido como a forma de organização das tarefas institucionais; a forma como o profissional se organiza para realizar o seu trabalho, levando em conta a hierarquia, as normas da instituição, os regramentos, os sujeitos que lá estão inseridos e como se dá a participação neste espaço. (CUNHA, 2009/1º semestre. Análise Institucional do Hospital São Lucas da PUCRS)

O grande desafio que se coloca ao Assistente Social, neste momento, é como trabalhar com as determinações da instituição, com estes programas que normalmente respondem a uma lógica da sociedade capitalista, levando em conta as demandas dos usuários e suas necessidades, sem perder de vista seu Código de Ética e as Leis que regulamentam a sua profissão.

2.5 A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR

O Serviço Social desenvolve projetos interdisciplinares em parceria com a Nutrição, Psicologia e Enfermagem. Um destes projetos é o Grupo de Familiares dos Pacientes da Oncologia e Hematologia, com a realização de reuniões semanais com os familiares dos usuários hospitalizados. Normalmente é o Serviço Social ou a Psicologia que coordena o grupo, que tem como objetivo dar suporte aos familiares no enfrentamento à situação de adoecimento e seus rebatimentos na rotina da família. É um trabalho interdisciplinar que aproxima disciplinas atuantes no campo da Saúde e que entendem a necessidade de se integrarem saberes, reconhecer a complexidade dos fenômenos, ampliando o olhar, favorecendo o entendimento e a superação da situação de adoecimento.

Um mesmo fenômeno só pode ser compreendido, e ainda relativamente, quando abordado pela integração de diferentes informações e conhecimentos de áreas distintas, com metodologias variadas. O desafio parece ser o da integração do heterogêneo, não mais na perspectiva da unidade integral nem de simples somatório, mas transcodificada, apesar da manutenção dos significados originais e transformados em novas sínteses peculiares. (MENDES, LEWGOY e SILVEIRA, 2008, p. 29)

Outra experiência interdisciplinar vivenciada durante o estágio foi a Comissão dos Direitos do Paciente Adulto, que se reúne toda a semana e envolve a Psicologia, a Nutrição e a Enfermagem na discussão de casos onde há suspeita de negligência, maus-tratos, abandono ou violência por parte dos familiares ou das instituições. A construção deste trabalho interdisciplinar exige dos profissionais a realização de reuniões e debates conjuntos para o planejamento das intervenções, definindo as competências de cada profissional envolvido em função das demandas que surgem.

Segundo Mendes, Lewgoy e Silveira (2008), uma reunião interdisciplinar é muito mais do que o simples fato de os profissionais estarem reunidos no mesmo

espaço; pressupõe o estabelecimento de “conexões e correspondência entre disciplinas científicas, isto é, entre os diferentes níveis de descrição da realidade (JAPIASSU, 1976 apud MENDES, LEWGOY e SILVEIRA, 2008, p. 30). Nela os profissionais buscam a substituição fragmentada do saber científico por uma concepção unificada, que repercute nas concepções de saúde/doença numa sociedade globalizada também pelo conhecimento, mostrando-se como

(...) um caminho na integralidade das ações profissionais e na operacionalização das políticas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A ausência de interdisciplinaridade, implica na fragmentação dos dispositivos das tecnologias em saúde e em práticas reificadas. (MENDES, LEWGOY e SILVEIRA, 2008. p.24)

Um questionamento que se faz é: por que a equipe médica não participa desta Comissão que oportuniza uma aproximação entre diversos saberes, contribuindo para o fortalecimento do trabalho com o usuário? Sabemos da rotatividade dos residentes nesta unidade, ora numa equipe, ora no atendimento ambulatorial, mas não seria importante a participação no sentido de uma troca de saberes que possibilite ampliar horizontes?

Historicamente, a Medicina é uma profissão que tem prestígio, é reconhecida e valorizada em função da natureza de seu trabalho, que lida com a vida do ser humano, com as situações de adoecimento e com as possibilidades de cura. Uma observação feita pela Assistente Social logo no início do estágio, e que imediatamente foi acionada pela estagiária, é de que cada profissional tem as suas competências, suas responsabilidades e suas atribuições. Não se pode pensar que um é mais importante do que o outro e sair apenas cumprindo o que nos solicitam, sem questionar, sem levar em conta a nossa formação. Com certeza, esta pequena observação foi muito importante para a afirmação da identidade profissional da estagiária em construção.

Vivenciamos situações no campo de estágio em que o médico procurou os colegas para obter informações acerca do usuário e suas necessidades, discutiu a situação e seus encaminhamentos, fazendo com que acreditássemos numa intervenção que favorecesse os usuários destes serviços, reforçando, desta forma, a importância do trabalho interdisciplinar, da discussão com outras áreas de conhecimento que possibilitem agregar outros saberes.

O HSL é um hospital-escola e deve incentivar uma prática profissional fundamentada na ética, na competência, comprometida com os usuários deste serviço; deve incentivar ações interdisciplinares em que haja a possibilidade de se construir uma prática político-profissional capaz de dialogar sobre pontos de vista diferentes, opiniões divergentes, desacomodando alguns poucos profissionais que hoje estão encapsulados em seus saberes.

A interdisciplinaridade, que surge no processo coletivo de trabalho demanda uma atitude ante a formação e conhecimento, que se evidencia no reconhecimento das competências, atribuições, habilidades, possibilidades e limites das disciplinas, dos sujeitos, do reconhecimento da necessidade de diálogo profissional e cooperação. (CFESS, 2007, p. 39)

Refletir sobre a interdisciplinaridade no campo da Saúde é ressaltar a necessidade de cooperação e articulação entre os diferentes saberes na prática cotidiana dos profissionais, contribuindo para um melhor entendimento do processo saúde e adoecimento. Trazer à tona essa discussão é reafirmar o dever do Assistente Social de incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar, respeitando as normas e princípios éticos das outras profissões; é entender que um profissional que atua neste campo precisa articular outras informações e conhecimentos para qualificar a sua prática profissional, compreendendo, por exemplo, as políticas de saúde e o processo de implantação do SUS, com seus limites e avanços.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Neste segundo capítulo, apresentaremos alguns aspectos da política de Saúde no Brasil, a criação das Caixas de Aposentadorias, os Institutos de Aposentadoria e Pensão, a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde na década de 80, traçando um paralelo com o surgimento da profissão.

3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL

A trajetória da política de saúde no Brasil nos mostra que, na década de 20, com a Reforma Carlos Chagas¹⁵, a Saúde pública tentou expandir seus serviços de atendimento a todos os trabalhadores. A ampliação do atendimento por parte do poder central constituiu-se numa das estratégias da União, de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes a partir de 1922. É deste período a Lei Eloy Chaves, considerada o ponto de partida da Previdência Social, que, instituindo o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPS), atende, num primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, é estendida aos marítimos e estivadores. (BRAVO, 2006, p.90).

Data de 1923 a instituição no Brasil, por iniciativa do poder central, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado. (...) As CAPS, organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus afilhados e dependentes. (COHN, 2005, p. 14)

Entre os serviços oferecidos aos segurados das CAPS, estava, além da aposentadoria, a assistência médica e o fornecimento de medicações. De 1933 a 1938, as CAPS são unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS), que vão sendo sucessivamente criados, agora congregando os trabalhadores por categorias profissionais e que, por causa do modelo sindicalista

¹⁵ A reforma Sanitária, em 1923, promovia o “sanitarismo campanhista”, ações de Saúde Pública que visavam ao controle de endemias e epidemias; fiscalização de alimentos; controle sanitário de portos e fronteiras. Políticas de Saúde no Brasil: 1900-1945. Evolução da Saúde Pública. Disponível em www.mesquita.filho.sites.uol.com.br, acessado em 12/03/2010.

de Vargas, passam a ser dirigidos por entidades sindicais, e não mais por empresas como as antigas caixas. (COHN, 2005, p. 17)

Segundo Bravo (2006) “as questões sociais”¹⁶, em geral, e as de saúde, em particular, já colocadas desde a década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada, transformando-se em questão política, com a intervenção do Estado e a criação de novos aparelhos que contemplassem de algum modo os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional em decorrência da nova dinâmica da acumulação capitalista. Desta forma, a formulação da política de saúde na década de 30, de caráter nacional, foi organizada em dois subsetores: o de Saúde pública e o de medicina previdenciária.

O subsetor de Saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará 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)

Cabe lembrar que o Serviço Social surgiu no País nesta década, sob influência da Igreja Católica, em época de intensificação do processo de industrialização no País, “com crescente urbanização e ampliação da massa de trabalhadores em precárias condições de saúde e habitação”, o que fez com que a classe operária começasse a se organizar para reivindicar melhores condições de vida e de trabalho. (BRAVO, 2006, p. 91)

Conforme Bulla (2008), a organização dos trabalhadores, nessa época, era incipiente. E, embora o Serviço Social se propusesse a atuar junto às classes menos favorecidas - os trabalhadores -, a implantação desse serviço não foi uma resposta a uma reivindicação do operariado; foi uma diretriz política emanada do governo populista de Vargas, reforçando a prática assistencialista e a busca de consenso entre as classes.

Essa prática, além de não trazer a solução para os problemas sociais, aumentava a submissão da classe trabalhadora, ao mesmo tempo em que permitia um comportamento autoritário e controlador dos que detinham o poder. (BULLA, 2008, p. 16)

¹⁶ O termo está entre aspas para destacar que foi utilizado desta forma pela autora: “questões sociais”.

O processo de institucionalização do Serviço Social como profissão reconhecida na divisão social do trabalho está vinculado à criação das grandes instituições assistenciais, especialmente na década de 40, quando o Estado Novo vai buscar na classe operária sua legitimidade e, por isso, incorpora parte das reivindicações destes. No início do Serviço Social no Brasil (MACHADO, 1999), o objeto de intervenção da profissão (delimitado em função das conjunturas sociais, políticas e econômicas do País) era o indivíduo morador da favela, pobre, desempregado, analfabeto, etc. Entendia-se que esse sujeito era incapaz de ascender socialmente por sua própria natureza; por isso o objetivo do profissional era moldá-lo de acordo com os valores e os costumes defendidos pela filosofia neotomista¹⁷.

Mais adiante, o Serviço Social ultrapassa a idéia do “homem” como objeto profissional, (MACHADO, 1999); passa a compreender a situação desse homem como fruto não só de uma incapacidade individual, mas também de um conjunto de situações que merecem a intervenção profissional.

A vinculação institucional altera, ao mesmo tempo, a chamada “clientela” do Serviço Social: de uma parcela insignificante da população pobre em geral, atingida pelas ações dispersas das obras sociais, seu público concentra-se-á, agora, nos grandes setores do proletariado, alvo principal das políticas assistenciais desenvolvidas pelas instituições. (IAMAMOTO, 2004, p. 94)

O objeto do Serviço Social se coloca, então, nessa época, como a situação problema. A partir da década de 60, com o Movimento de Reconceituação, é que o Serviço Social vai rever sua intervenção e seu objeto, entendido hoje como questão social.

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez

¹⁷“O Neotomismo é a corrente filosófica que resgata o Tomismo, a filosofia do pensador italiano Santo Tomás de Aquino, com o objetivo de resolver problemas contemporâneos. Para o Neotomismo, toda a filosofia moderna, a partir de Descartes, constitui-se em erros e equívocos, responsáveis pela crise do mundo moderno. Na visão neotomista, é inaceitável privilegiar interesses de ideologias como o neoliberalismo ou comunismo, por exemplo, ou instituições como empresas e o governo, em detrimento do direito do ser humano a uma vida digna e tudo que ela acarreta: a liberdade, a saúde, o emprego e a habitação”. Material disponível em pt.wikipedia.org/wiki/neotomismo, acessado em 07/04/2010.

mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2007, p. 27)

Iamamoto (2007) ressalta que a questão social não é apenas desigualdade, é resistência e rebeldia por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. Um dos grandes desafios que se coloca ao Assistente Social é compreender e decifrar as múltiplas expressões da questão social, sua gênese e as novas características que assume na contemporaneidade.

Uma das discussões sobre Saúde pública brasileira, dos anos 40 a 64, se baseou na unificação dos IAPS como forma de tornar o sistema mais abrangente, menos desigual. Apesar de o atendimento médico ser uma das prerrogativas dos beneficiários da Previdência, as legislações dos vários IAPS revelam que era dada uma importância secundária aos serviços da saúde, e havia restrições, como o período de internação, por exemplo, que variavam de órgão para órgão. As disparidades normativas entre os IAPS contribuíram para que surgissem reivindicações em favor de um sistema de previdência unificado e menos desigual. (FINKELMAN, 2002, p. 238)

Na década de 40, ampliou-se a ação profissional na área da Saúde, transformando-se no setor que mais absorveu os Assistentes Sociais. O novo conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, fez com que o Assistente Social fosse requisitado para trabalhar desenvolvendo uma “prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da ‘clientela’, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações na política de saúde”. (BRAVO, 2004, p. 29)

Outro motivo para o aumento de postos de trabalho foi a necessidade da ação profissional nos hospitais, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios (através do plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefício e orientação previdenciária), em função da consolidação da Política Nacional de Saúde no País e ampliação dos gastos com assistência médica, pela Previdência Social. (BRAVO, 2004, p.29)

A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, unificava os IAPS em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e

funcionários públicos. Em 1966, ocorre a unificação de IAPS e a consequente criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com o objetivo de aumentar a eficácia do sistema. Nesse período, ocorre a incorporação da população rural, ainda que em regime diferenciado, tanto em benefícios quanto na forma de contribuição. A assistência médico-hospitalar aos trabalhadores rurais ocorreu somente a partir de 1971.

O Estado passou a intervir na questão social ainda no início da ditadura militar, num esforço de desmobilizar as forças políticas estimuladas no período populista, canalizando as reivindicações e pressões populares.

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação de capital. (BRAVO, 2006, p. 93)

Como a demanda era muito maior que a oferta, o Governo adotou como solução a contratação de serviços prestados pela rede privada para ofertar à população. O modelo adotado pelo regime militar era pautado pelo pensamento da medicina curativa. Poucas medidas de prevenção e sanitárias foram tomadas¹⁸.

A profissão, do seu desenvolvimento até os anos 60, não teve polêmica de relevo que ameaçasse o bloco hegemônico conservador, que dominou tanto a produção do conhecimento como as entidades organizativas e o trabalho profissional. (BRAVO, 2004, p. 30)

O questionamento sobre o conservadorismo na profissão (NETO, 1996) começa a aparecer nos anos 60, mas é silenciado pelo golpe militar de 64. No período de 65 a 75, o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS), principal responsável pela elaboração teórica do Serviço Social, difundiu a ‘perspectiva modernizadora’, adequando a profissão às exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes pós-1964.

Em 1974, os militares já haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que ajudou a remodelar e ampliar a rede privada de hospitais, por

¹⁸ A mais importante foi a criação da SUCAM – Superintendência de Campanhas da Saúde Pública.

meio de empréstimos com juros subsidiados¹⁹ e acabou por criar, em 1978, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que ajudou nesse trabalho de intermediação dos repasses para a iniciativa privada.

Segundo Mansur (2001), vários programas criados a partir de 1974 e implementados pelo INPS e pelo INAMPS, e também pelo Ministério da Saúde, permitiram que uma nova camada da população, que antes não era assistida pela Previdência Social, passasse a ter acesso aos serviços. A atitude do Governo Federal em relação às políticas sociais foi tomando diferentes formas ao longo do período de governo militar no País. Em 1974, foi criado o Plano de Pronta Ação (PPA) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que modificavam o desenvolvimento do setor da Saúde.

O PPA rompeu com a lógica da vinculação do direito à assistência médica à condição de contribuinte da Previdência. Sua principal inovação foi a determinação de que os casos de emergência deveriam ser atendidos por todos os serviços próprios e contratados, independentemente de os paciente serem ou não um beneficiário da Previdência (segurado ou dependente). A importância desta política está no fato de a Previdência Social admitir o uso de seus recursos no atendimento universal. O PPA promovia a universalização do atendimento de urgência e de emergência médica na rede própria e conveniada.

3.2 A REFORMA SANITÁRIA

No final dos anos 70, os primeiros movimentos da transição democrática e a profunda crise econômica do País repercutem sobre o setor da Saúde. Segundo Finkelman (2002), a crise econômica teve em duplo efeito: por um lado, agravou a distribuição da renda e a qualidade de vida da população, o que aumentou as necessidades de atenção à saúde; por outro, diminuiu as receitas fiscais e as contribuições sociais, com impacto sobre o volume de recursos destinados à Saúde.

Neste período de abertura política, novos atores e movimentos sociais emergem na sociedade reivindicando, entre outras coisas, serviços e ações na área

¹⁹ Toda essa política acabou proporcionando um verdadeiro *boom* na rede privada. De 1969 a 1984, o número de leitos privados cresceu cerca de 500%. De 74.543 em 1969 para 348.255 em 1984. INDRUNAS, Luis. História da Saúde Pública no Brasil. Disponível em www.pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude, acessado em 30/03/2010.

da Saúde, consolidando o movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais bandeiras eram:

1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços. (FINKELMAN, 2002, p. 246).

Nessa conjuntura (BRAVO, 2004), há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e da incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo. O movimento sanitário, que vinha sendo construído desde meados dos anos 70, colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura de classes da sociedade, avançou na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público, em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado.

Em 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), um evento que contou com grande participação dos trabalhadores, representação de usuários dos serviços de saúde, de parte dos prestadores de serviços da saúde, e do Governo. Teve como eixos temáticos “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. Esta Conferência foi o marco mais importante na trajetória da política pública de Saúde no Brasil, aprovou a proposta de Reforma Sanitária, que, mais tarde, serviria de base a seus defensores na reformulação da Constituição Federal de 1988. (BRAVO, 2004, p. 33)

Bravo (2004), ao analisar a relação do Serviço Social com a Reforma Sanitária, afirma que, nesse período, a profissão passou por um processo de revisão interna, de negação do Serviço Social tradicional, o que representou o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas de classe; uma aproximação e interlocução real com o marxismo, na busca por fundamentação e consolidação teórica. A autora faz uma crítica à categoria, que estava desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, e à incipiente alteração da prática institucional do Assistente Social, que poucas

mudanças conseguiram apresentar em suas intervenções no campo da Saúde, o maior campo de trabalho da categoria.

Identifica-se, na política de saúde na década de 90, dois grandes projetos políticos em confronto e que apresentavam diferentes requisições para o Serviço Social: o Projeto de Saúde articulado ao mercado, ou privatista, e o Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988.

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais. Entretanto, o projeto da Reforma Sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (BRAVO, 2004, p. 36)

O texto da Constituição de 1988 inspirou-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, atendendo, em grande parte, à reivindicação deste. Através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, instituiu-se o SUS - Sistema Único de Saúde -, fruto de lutas e mobilizações dos profissionais da área da Saúde, articulados ao movimento popular.

3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A década de 80 foi marcada pela transição dos governos militares, a constituição da democracia. A primeira eleição para Presidente do Brasil pós-período da ditadura militar ocorreu em 1985, com a eleição do Presidente Tancredo Neves, que não assumiu devido ao seu falecimento. O Vice-Presidente José Sarney governou até 1990 - (COUTO, 2006) -, época conhecida como de transição democrática, de recorte assistencialista e que promoveu a transição para Presidente da República através de eleições diretas. Foi nesse período que tivemos a

implantação do Plano Cruzado²⁰ e do processo constituinte que resultou na Constituição de 1988.

A partir da Constituição de 1988, um dos maiores avanços no que se refere à proteção social foi a integração da Saúde, Assistência Social e Previdência Social, que passaram a integrar a Seguridade Social; ambas passaram a ser vistas como direito de cidadania²¹ e dever do Estado.

A saúde é um direito universal e fundamental do ser humano, firmado no direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A Seguridade Social (PIERDONÁ, 2008)²² pode ser definida como um sistema de proteção social previsto na Constituição Federal, que tem por objetivo a proteção de todos, nas situações geradoras de necessidades, por meio de ações de saúde, previdência e assistência social. Constitui-se no principal instrumento criado pela atual Constituição para a implementação dos objetivos do Estado brasileiro, em especial a erradicação da pobreza e da marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais. Sua efetivação tem como base o princípio da solidariedade, uma vez que o financiamento do referido sistema está a cargo de toda a sociedade, disciplinado no art. 195 da Constituição Federal, que estabelece a participação de toda a sociedade, de forma direta e indireta. O financiamento direto é efetivado com a destinação de recursos dos orçamentos dos entes federativos, assim como recursos oriundos de concursos públicos realizados pelo Poder Público. A forma direta de participação da sociedade se dá através das contribuições sociais, uma vez que o sistema de seguridade exige a previsão de custeio prévio.

Embora faça parte de um mesmo sistema, o tripé da Seguridade Social apresenta diferenças: a saúde é direito de todos e dever do Estado; a assistência é destinada àqueles que dela necessitam; e a previdência é uma política contributiva,

²⁰ Plano que adotou medidas de congelamento dos preços, dos salários e do câmbio, que geraram um clima favorável junto a população, especialmente a assalariada, que respondeu aos apelos do próprio governo para ser fiscalizadora dos abusos dos preços (COUTO, 2006, p. 144).

²¹ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. (BRASIL, Constituição Federal do Brasil, 1988)

²² PIERDONÁ, Zélia Luiza. Contribuições para a Seguridade Social. Porto Alegre, LTR, 2008. In: Material didático elaborado pelas professoras Berenice Rojas Couto e Jane Prates, em agosto de 2009. Disciplina de Seguridade Social e Serviço Social, PUCRS.

destinada aos trabalhadores. A efetivação da saúde através do SUS como um direito social e dever do Estado determina que as ações e serviços públicos e privados, contratados ou conveniados na área da Saúde, sejam desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal, além de obedecerem aos princípios da universalidade, integralidade, igualdade, equidade, participação, entre outros.

O SUS como política não contributiva e de direito de todos, de acordo com as suas necessidades, é uma política inovadora que garante a todos o atendimento na rede de Saúde pública, independentemente de que a pessoa pague ou não Previdência Social, diferentemente do que era praticado anteriormente, quando só eram atendidos os trabalhadores com carteira assinada.

O modelo do SUS leva em conta três princípios básicos²³: o princípio da universalidade, que reconhece a saúde como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso à atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade; a equidade, que é um princípio de justiça social, porque busca diminuir desigualdades - isto significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior; e a integralidade, que significa a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência, e engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Esse novo modelo levou em conta que o conceito de saúde é muito mais amplo, uma vez que, para ter saúde é preciso que o indivíduo tenha uma casa para morar, tenha alimentação, trabalho, educação, transporte, lazer, escolas, acesso aos serviços de saúde, hospitais, médicos, etc.

Mas a efetivação do SUS, segundo Fireman (2007), apesar de vários avanços, ainda tem algumas dificuldades, porque a saúde ainda não é considerada direito real. A população ainda não consegue ter acesso aos serviços e, quando tem acesso, tem pouca qualidade nos serviços. É necessário fortalecer a participação popular, o controle social através dos Conselhos de Saúde, como medida para superar essa situação.

²³ Material pesquisado no Portal SISREG, disponível em <http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/principios.htm>, acessado em 24/05/2010.

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, prevê que o SUS contará, em cada esfera de governo, com o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Os Conselhos de Saúde funcionam como um importante instrumento de controle social, exercendo a função de fiscalização, regulação e gerenciamento das ações na saúde, buscando a garantia de serviços de qualidade, defendendo o interesse dos cidadãos.

O SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades da população; deve ser eficaz e eficiente, isto é, o serviço oferecido deve ser satisfatório, apresentar resultados positivos quando acessado pela população, com qualidade no atendimento, mas só isso não basta,

(...) é necessário que utilize as técnicas mais adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam aplicados da melhor maneira possível. Isso implica necessidades não só de equipamentos adequados e pessoal qualificado e comprometido com o serviço e a população, como a adoção de técnicas modernas de administração dos serviços de saúde. (FIREMAN, 2000, p.7)

Percebemos alguns avanços nesse processo de implantação do SUS, mas, com certeza, há muito ainda a ser realizado na perspectiva de atender a todos com qualidade, com o objetivo de desconstruir o senso comum de que, se depender do SUS, as pessoas morrem na fila. Afinal, essa imagem só é favorável para a privatização dos serviços de saúde, reforçando o processo de desmonte dos direitos sociais.

O Serviço Social, nos anos 90, atinge sua maturidade embasado na teoria social crítica. O projeto da profissão conquista sua hegemonia, identificado com “um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero”, com um “posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso a bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”. (CRESS, 2005, p. 21).

Desta forma, o Assistente Social que trabalha na área da Saúde (BRAVO, 2004) vai buscar, através de sua intervenção, a compreensão dos aspectos

econômicos, sociais e culturais que interferem no processo saúde-doença, buscando estratégias para o enfrentamento destas questões. Seu trabalho deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da Reforma Sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a esses dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está, de fato, dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários do Serviço Social.

Uma exigência que se coloca ao profissional da área da Saúde é a necessidade de se conhecer a essência da proposta do SUS, principalmente no que se refere a princípios e diretrizes, pois podem indicar o caminho para uma prática direcionada aos interesses dos trabalhadores. O Assistente Social, através do acesso a serviços e políticas sociais, da criação e reformulação de estratégias que garantam a real efetivação do SUS, busca garantir o direito à saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado.

4 O SERVIÇO SOCIAL E A DEFESA DOS DIREITOS

O Serviço Social se caracteriza como uma profissão interventiva que luta pela defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e autoritarismo, pela garantia e efetivação dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras. Pensamos que discutir a questão dos direitos sociais na sociedade contemporânea, entendida como uma sociedade desigual e excludente é fundamental para se entender a necessidade de se ter uma política focalizada destinada especificamente à atenção oncológica. Esta é a temática deste próximo capítulo.

4.1 OS DIREITOS SOCIAIS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Vivemos numa sociedade (COUTO e PRATES, 2009) onde há a disputa por dois projetos societários distintos: um defende um Estado fortalecido, prioriza investimentos na área social, prega o controle social da sociedade, luta pela emancipação dos sujeitos, vê a assistência social como direito e não como bem-estar; outro defende a minimização do Estado, a redução de investimentos na área social, a refilantropização da assistência, a transferência de responsabilidade do Estado

para a sociedade civil. E é nesta sociedade tensa e com interesses opostos que se situa o Assistente Social. Cabe a ele desocultar estas contradições no intuito de instigar o fortalecimento dos sujeitos sociais e lutar pela manutenção e ampliação de direitos no caminho de novos patamares de sociabilidade.

O campo dos direitos²⁴ entendido como direitos fundamentais do homem, alcançados através de muita luta e mobilização da classe trabalhadora, pode ser compreendido a partir da idéia de geração: são considerados de primeira geração os direitos civis e políticos; de segunda geração os direitos sociais; de terceira geração o direito ao desenvolvimento da paz, do meio ambiente e da autodeterminação dos povos. Os direitos dos usuários da Atenção Oncológica situam-se na lógica dos direitos sociais de segunda geração, fundamentados na idéia de igualdade e equidade,

(...) são exercidos pelos homens por meio da intervenção do Estado, que é quem deve provê-los. É no âmbito do Estado que os homens buscam o cumprimento dos direitos sociais, embora ainda o façam de forma individual. Esses direitos vêm se constituindo desde o século XIX, mas ganharam evidência no século XX. Ancoram-se na idéia de igualdade, que se constitui numa meta a ser alcançada, buscando enfrentar as desigualdades sociais. (COUTO, 2006, p. 35)

Em nossa sociedade onde a produção da riqueza é coletiva, mas a apropriação desta riqueza é privada, há uma tensão constante entre trabalho e capital, ampliando-se cada vez mais a desigualdade entre duas classes sociais opostas e com interesses distintos. O conjunto destas desigualdades, a questão social, é o objeto de trabalho do Assistente Social, resultante desta contradição e das resistências empreendidas pelos sujeitos para subsistir às desigualdades e enfrentá-las.

A instituição dos direitos sociais via políticas são respostas do Estado a este tensionamento; fruto, portanto, de lutas populares (resistência

²⁴ Segundo Potyara Pereira: “a) Primeiro surgiram exigências relacionadas à vida e à liberdade individual, propiciando a instituição dos direitos civis; b) Segundo, surgiram exigências relacionadas às liberdades políticas e ao direito de participar no governo da sociedade, propiciando a instituição dos direitos políticos; c) Terceiro, surgiram exigências relacionadas à necessidade de combinar liberdade com igualdade, sobretudo para a satisfação de necessidades básicas, propiciando a instituição dos direitos sociais; d) Finalmente, surgiram exigências “mais controvertidas que afetam a humanidade inteira e/ou que têm a ver com os avanços tecnológicos e com a mundialização da economia, da política e da cultura” (Pisón, p. 69), requerendo solidariedade e fraternidade e propiciando o surgimento dos chamados direitos difusos. (PEREIRA, 2008, p.103)

dos sujeitos) e ao mesmo tempo respostas (estratégicas) do poder instituído para manutenção da ordem social, para redução da pressão (conformação), razão pela qual afirma-se que as políticas sociais tem caráter contraditório, na medida em que ao mesmo tempo se constituem como espaço de lutas e como espaço de conformação. (COUTO e PRATES, 2009, p.1)

As políticas sociais são respostas do Estado às demandas da população. Segundo Couto e Prates (2009), uma demanda social transforma-se em questão social quando é socialmente reconhecida, quando consegue tensionar o poder instituído a dar respostas via políticas sociais e a ampliação de direitos. É necessário que haja uma pressão popular para que a questão social se constitua como tal e, neste sentido, a Política Nacional de Atenção Oncológica, criada em 2005, aparece como uma resposta a uma demanda coletiva da população que muito tem crescido nestes anos.

Estima-se hoje que 20 milhões de pessoas no mundo sofrem com algum tipo de câncer e a previsão para o ano de 2020 é que haverá mais de 30 milhões de pessoas portadoras desta doença²⁵. Mas, muitas pessoas com câncer são tratadas com sucesso, sobretudo quando a doença consegue ser diagnosticada precocemente. A reabilitação do paciente com câncer é um processo contínuo, com a finalidade de maximizar suas capacidades dentro das limitações impostas pela doença e pelo tratamento.

Ao instituir a Política Nacional de Atenção Oncológica o Ministério de Saúde considerou dentre outros fatores: a importância epidemiológica do câncer no país; os custos cada vez mais elevados na alta complexidade e a necessidade de estudos que avaliem o custo-efetividade e a qualidade da atenção oncológica; as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer. (BRASIL, Portaria N° 2.439, 2005, p. 1)

²⁵ Revista Prática Hospitalar, Ano VIII, N° 48, Nov-Dez/2006, disponível em www.praticahospitalar.com.br, acessado em 08/09/2009.

4.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

A Portaria Nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005, estabelece a Política Nacional de Atenção Oncológica, considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde em estabelecer diretrizes nacionais para a atenção oncológica, estimular a atenção integral e articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS. A Política deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos Estados e dos municípios, permitindo

(...) 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 equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades. (BRASIL, Portaria Nº 2.439, 2005, p. 2)

A Política Nacional de Atenção Oncológica objetiva a organização uma linha de cuidados que envolva todos os níveis de atenção (básica e especializada de média e alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), conforme veremos a seguir.

4.2.1 Os Níveis de Atenção à Saúde

No âmbito do SUS, a política orienta-se pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. O usuário do SUS, independentemente do nível de atenção à saúde que acesse, deverá ser atendido levando-se em conta esses princípios. Isso é reforçado no Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS, em que os gestores se comprometem a superar as dificuldades para a implementação do mesmo; desenvolver ações concretas nas três esferas governamentais para reforçar o SUS como política de Estado, mais do que política de governo; e defender os princípios desta política pública inscritos na Constituição Federal de 1988.

A assistência oncológica compreende um conjunto de procedimentos que envolvem os diferentes níveis de atenção: atenção básica, atenção especializada de média complexidade e atenção especializada de alta complexidade, conforme podemos verificar no quadro a seguir.

NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE	CONCEITO	SERVIÇOS/PROCEDIMENTOS ATENÇÃO ONCOLÓGICA
ATENÇÃO BÁSICA	<p>Primeiro nível de atenção à saúde, porta de entrada no SUS. Inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender a maior parte dos problemas comuns da saúde da comunidade.</p> <p>Unidade Básica de Saúde, com ou sem Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário, entre outros.</p>	<p>Procedimentos: Realizar, na Rede de Serviços Básicos da Saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família), ações de caráter individual e coletivo voltadas à promoção da saúde e à prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados. Um exemplo de procedimento realizado é a coleta de material para o diagnóstico de câncer de colo de útero, feito por meio do exame papanicolau.</p>
ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE	<p>É composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos da saúde da população, cuja complexidade da assistência, na prática clínica, demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio de diagnóstico e tratamento.</p>	<p>Procedimentos: Realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra-referência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.</p>

NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE	CONCEITO	SERVIÇOS/PROCEDIMENTOS ATENÇÃO ONCOLÓGICA
ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE	Envolve um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, abrange tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. Entende-se por Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Estas unidades hospitalares também devem, sob a regulação do respectivo Gestor do SUS, guardar articulação e integração com a rede de saúde local e regional e disponibilizar, de forma complementar e por decisão do respectivo Gestor, consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer.	Na alta complexidade, atende-se aos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer. Determina-se a extensão da neoplasia (estadiamento) e realiza-se o tratamento adequado com garantia de qualidade de assistência. As Unidades de Assistência de Alta Complexidade podem prestar atendimento nos serviços de cirurgia oncológica; oncologia clínica; radioterapia; hematologia; oncologia pediátrica.

Quadro 1 – Níveis de Atenção à Saúde. Fonte: Elaborado pela autora com base nas informações do Ministério da Saúde, Portaria N° 2.439 de 08 de dezembro de 2005 e Portaria N° 741, de 19 de dezembro de 2005.

O SUS é uma política social universal, um sistema de que é usuária toda a população brasileira, rica ou pobre. Mesmo os que não o utilizam diretamente se beneficiam através de campanhas de vacinação, ações de prevenção e de vigilância como, por exemplo, o controle de sangue e hemoderivados e o registro de medicamentos. Alguns autores têm apontado que as políticas sociais universais vêm perdendo terreno para as políticas focalizadas e consideram a adoção de tais políticas focalizadas, como a Política Nacional de Atenção Oncológica, um retrocesso de todo avanço contido na Constituição de 1988, o que iremos discutir a seguir.

4.3 POLÍTICAS FOCALIZADAS: AVANÇO OU RETROCESSO?

Segundo Oliveira (2008), os liberais argumentam que as políticas sociais se destinam a corrigir os efeitos malignos produzidos pelo crescimento capitalista. Tais políticas teriam a finalidade redistributiva e o objetivo de reduzir as desigualdades geradas na esfera da produção. Já Nogueira (2008) afirma que as políticas sociais criadas para concretizar direitos sociais têm se mostrado limitadas e vêm se tornando cada vez mais restritivas diante do dilúvio neoliberal que provocou profundas transformações na estruturação da seguridade social.

As políticas sociais, especialmente no Brasil, orientadas pelo ideário neoliberal a partir da década de 1980, vêm sofrendo significativos retrocessos, se considerarmos os avanços sociais contidos na Constituição da República vigente, promulgada em 1988. Tais retrocessos abalam tanto a estrutura e os conteúdos de direitos previstos e assegurados pela Lei maior, como a forma de organização e gestão de programas e projetos sociais. Ademais, as políticas sociais universais vêm perdendo terreno para políticas focalizadas, condicionais e estigmatizantes. (BOSCHETTI, 2008, p. 10)

Entendemos a focalização como o direcionamento de recursos e programas para determinados grupos populacionais considerados vulneráveis no conjunto da sociedade, como é o caso dos usuários da Atenção Oncológica. Segundo Silva (2007):

Há que se considerar que a concepção de focalização no contexto das reformas na América Latina tem sido orientada pelo ideário neoliberal, significando medidas meramente compensatórias aos efeitos do ajuste estrutural sobre as populações vulneráveis. Marcou, assim, a interrupção de uma luta em prol da construção da universalização de direitos sociais com ações universais. (SILVA, 2007, p. 1435)

Podemos analisar a questão da focalização (SILVA, 2007) a partir de duas concepções diferentes: uma concepção progressista/redistributiva; outra neoliberal/conservadora. Na perspectiva progressista/redistributiva, a focalização não se opõe à universalização, pois toda população que precisa de uma atenção especial e necessita ser considerada é devidamente incluída. Possibilita-se, desta forma, seu acesso aos bens e serviços socialmente produzidos, o que a autora denomina discriminação positiva. Esta perspectiva “é aquela que demanda complementaridade entre a política social e a política econômica e centra-se na responsabilidade social do Estado, requer ampla cobertura, boa qualidade dos serviços e demanda estruturas institucionais adequadas, pessoal qualificado e cobertura suficiente das populações-alvo da intervenção”. (SILVA, 2007, p. 1435)

Na perspectiva neoliberal/conservadora a focalização aparece através de ações fragmentadas destinadas a determinados grupos e se orienta

(...) pela desresponsabilização do Estado e por corte de recursos dos programas sociais, centrando-se em programas sociais compensatórios, emergenciais, assistencialistas, insuficientes, descontínuos, direcionados para populações que vivem em situação de extrema pobreza. Essa focalização fragmenta mais que focaliza na população pobre por ser incapaz de alcançar a totalidade dos segmentos populacionais que estão demandando atenção especial. (SILVA, 2007, p. 1435)

Entendemos que a política de Atenção Oncológica tem um caráter de discriminação positiva, pois considera a necessidade de se estruturar uma rede de serviços na básica, média e alta complexidade que garanta atenção integral à população, permitindo “ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica”. (BRASIL, Portaria N° 2.439, 2005, p.2)

Mas os direitos sociais (PEREIRA, 2008) dependem de recursos para serem efetivados, impondo às políticas públicas desafios reais para concretizá-los. Entendemos por política pública uma política cuja principal marca que a define é o fato de ser pública, isto é, de todos, e não porque seja estatal (do Estado) ou coletiva (de grupos particulares da sociedade) e muito menos individual. As políticas públicas têm como principais funções: concretizar direitos conquistados pela sociedade e incorporados nas leis; alocar e distribuir bens de caráter universal²⁶.

²⁶ Os bens públicos devem ser usufruídos por inteiro por todos os membros de uma comunidade nacional. É o que se chama de usufruto não rival, porque todos, por uma questão de direito, devem

A identificação das políticas públicas com os direitos sociais decorre do fato de esses direitos terem como perspectiva a equidade, a justiça social, e permitirem à sociedade exigir atitudes positivas, ativas do Estado para transformar esses valores em realidade. Daí por que, no campo de atuação das políticas públicas, a participação do Estado, seja como regulador, seja como provedor ou garantidor de bens públicos como direito, é considerada fundamental. (PEREIRA, 2008, p. 102)

O trabalho do Assistente Social no campo da Saúde pressupõe que este profissional tenha um conhecimento sobre as políticas públicas, em particular a do SUS, e de como essas políticas são garantidas à população; precisa ter um domínio teórico e técnico sobre a política em que direciona sua atuação, o que exigirá do profissional um conjunto de saberes que envolvem as instâncias da saúde, da prevenção ao tratamento, passando pelas formas de acesso a redes de atenção à estruturação do atendimento. O profissional deve “empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais”. Ele tem o dever de “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários”. (CRESS, 2005, p. 24)

Ciente deste compromisso, desenvolveu-se um projeto de intervenção destinado aos usuários da Oncologia, internados no HSL através do SUS, e seus familiares, com os objetivos específicos de: a) promover ações educativas a respeito dos direitos dos usuários da oncologia; b) identificar e divulgar a rede de atendimento ao usuário e seus familiares; c) proporcionar aos familiares e cuidadores destes usuários um espaço onde possam compartilhar experiências, dúvidas e dificuldades frente à situação da doença e hospitalização.

Há que se considerar a relevância do projeto, levando-se em conta a “realidade epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social²⁷”, a realidade do hospital, que precisa desocupar o leito, possibilitando novas internações, tão logo usuário tenha condições de alta; o direito do usuário que está na fila de espera do

ter acesso a ele de forma igual e gratuita. Desse modo entende-se que é função dos poderes públicos não só prover esses bens, mas também garanti-los de forma universal. Por exemplo: educação pública. São públicos, isto é, devem visar o interesse geral e, por isso, não podem se pautar pelo mérito e nem ser regidos pela lógica do mercado; são fáceis de acessar, isto é, devem estar disponíveis, já que cada cidadão tem direito a eles. (PEREIRA, 2008)

²⁷ BRASIL, Portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005, que institui a Política de Atenção Oncológica.

hospital para ser atendido e que, muitas vezes, precisa se sujeitar a ficar vários dias na emergência até conseguir um leito e, por outro lado, o direito deste usuário internado, que necessita conhecer a rede e seus direitos para poder se reorganizar em função do adoecimento e de suas implicações.

Neste sentido, o projeto que reforça a questão dos direitos dos usuários vem ao encontro do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no Hospital São Lucas, que “tem como compromisso prestar atendimento social aos pacientes e familiares, identificando as mais diferentes expressões da questão social que se revelam como fatores impeditivos para que consigam alcançar melhores condições de saúde²⁸”.

4.4 OS DETERMINANTES NA DEFINIÇÃO DA INTERVENÇÃO

Através das observações no campo de estágio, de entrevistas com a Assistente Social e atendimentos aos usuários e a seus familiares, observou-se que muitos não sabiam da existência de uma política específica para os pacientes oncológicos, assim como desconheciam direitos e serviços a que poderiam acessar, caso necessitassem. Além disso, percebeu-se que havia um interesse da Instituição em que todos os usuários da Oncologia, em condições de alta, fossem para casa o mais rápido possível. Havia uma preocupação com relação a infecções que poderiam contrair se permanecessem num ambiente hospitalar. Outro motivo era a desocupação do leito para ser utilizado por outro usuário que, muitas vezes, já o aguardava na fila de espera da emergência.

Alguns familiares procuravam o Serviço Social para falar das suas angústias, medos e incertezas em relação ao usuário que já estava com previsão de alta para os próximos dias, segundo informação dos médicos, mas a família ainda não havia conseguido se organizar para recebê-lo em casa - tinham muitas dúvidas e dificuldades. As famílias não se negavam a levar o usuário para casa, mas tinham dúvidas com relação à doença (porque, até poucos anos, várias pessoas nem nomeavam a doença, pois o simples fato de mencionar o nome câncer²⁹, já

²⁸ FERREIRA, Magda e LUNARDI, Laura. Texto extraído de documento elaborado pelas Assistentes Sociais que trabalham na Instituição, s/d.

²⁹ Câncer é o nome de um grupo de mais de 100 doenças diferentes, também é conhecido com neoplasia, são células anormais que se dividem e formam mais células de maneira desorganizada e descontrolada, podem invadir tecidos e órgãos e se espalhar pela corrente sanguínea ou pelo sistema linfático. Disponível em www.oncoguia.com.br, acessado em 15/06/2009.

amedrontava a família), aos cuidados e, principalmente, dificuldades financeiras para dar conta das necessidades destes usuários.

Alguns iniciariam o uso de fraldas a partir daquele momento; outros, sonda. Havia aqueles que precisariam de cama hospitalar, cadeira de banho, cadeira de rodas ou medicações específicas, as quais não podiam comprar; muitos eram, até então, o chefe da família e, a partir de agora, necessitariam ser cuidados, não tinham mais condições de trabalhar, fato que impactava a família. Estas eram as necessidades que muitas famílias traziam ao Serviço Social; as necessidades imediatas, que precisavam de respostas, de soluções urgentes, uma vez que a alta já estava em vias de ser indicada, e o usuário deveria sair do hospital nos próximos dias.

O período de internação e tratamento é uma época em que a família fica muito fragilizada, e percebeu-se a necessidade de dar orientações sobre direitos, com o intuito de fortalecer este usuário e seus familiares que atravessam uma situação na qual precisam mudar seus hábitos, se reorganizar, mudar a rotina diária e dispensar mais tempo aos cuidados deste familiar hospitalizado. Elaborou-se então um projeto de intervenção, destinado especificamente aos usuários da Oncologia, internados no HSL através do SUS, com o objetivo de desenvolver ações que promovam aos usuários o conhecimento de seus direitos, a fim de potencializar o acesso e reduzir as situações de vulnerabilidade³⁰.

O projeto³¹ foi desenvolvido no período de agosto de 2009 a junho de 2010, passando por alguns ajustes para se adequar às necessidades dos usuários, agregando novos conhecimentos adquiridos em sala de aula, no campo de estágio e através de pesquisas bibliográficas. Isso possibilitou uma reflexão no campo dos direitos sociais através da análise de uma política focalizada, direcionada a determinado segmento populacional, apontando algumas possibilidades e entraves para a sua efetivação.

³⁰ Por vulnerabilidade entende-se um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos. Esse conceito também leva em conta aspectos que dizem respeito à disponibilidade ou à carência de recursos destinados à proteção das pessoas. As possibilidades de leitura das necessidades dos indivíduos, a partir do conceito ampliado de vulnerabilidade, coloca à Saúde Coletiva, na medida e que incorpora práticas cuja essência é o cuidado ao indivíduo coletivo, a possibilidade de apoiar os sujeitos-sociais no que diz respeito aos seus direitos, fato que, na atual conjuntura de saúde e de desenvolvimento do país, se constitui como um desafio a ser perseguido e concretizado. (MUÑOZ SÁNCHEZ, e BERTOLOZZI, 2007, p.323)

³¹ A execução do projeto será analisada no próximo capítulo.

5 A CAMINHADA: ALIANDO TEORIA E PRÁTICA

Neste capítulo, apresentaremos a experiência na unidade hospitalar de internação oncológica de adultos e sua contribuição para a formação profissional da estagiária, abordando as competências ético-política, técnico-operativa e teórico-metodológica. Analisamos a importância e as contribuições dos Assistentes Sociais que atuam na área da Saúde, mais especificamente na área hospitalar, foco deste trabalho.

5.1 A IMPORTÂNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE HOSPITALAR

Pensando na especificidade do profissional Assistente Social e seu trabalho no campo da Saúde, entendemos que sua formação permite uma leitura abrangente da realidade social e da instituição onde está inserido; esta é uma das competências que o diferencia das demais profissões, o que possibilita:

(...) uma visão global das condições de vida dessa população, a discussão do processo de adoecimento, o resguardo e efetivação dos seus direitos em um sistema público e universalizado. Entretanto, este atendimento não se restringe aos limites da política de saúde, (...) é necessário que se acesse e articulemos outras políticas públicas e/ou sociais bem como instituições que envolvam direitos de cidadania, exigindo do assistente social uma prática baseada na razão crítica e na compreensão dos usuários como sujeitos de suas histórias de vida. (ANJOS, 2005, p. 2)

Sua clareza de direção social, valores e princípios alicerçados no Código de Ética, na busca por uma sociedade mais justa, mais igualitária, sem exploração de classes é outro fator que merece ser destacado. Um dos princípios éticos fundamentais da profissão é a defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida. (CFESS, 2005, p. 21)

Sua prática deve exprimir não apenas a capacidade de saber fazer, mas sua intencionalidade, sua posição político-ideológica. A dimensão política da profissão busca ampliar a participação social, estimulando os usuários do SUS, por exemplo, a participarem dos conselhos, conferências ou outros fóruns de deliberação, na defesa de seus direitos. A Lei nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, determina que o Conselho de Saúde, órgão

colegiado composto por representantes do Governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, vai atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, e a representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. (BRASIL, Lei nº 8.142, 1990, p. 1)

São deveres do Assistente Social: contribuir para a alteração da correlação de forças institucionais, apoiando as legítimas demandas de interesse da população usuária e empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais (CFESS, 2005, p. 25), entendendo a transformação da realidade como um processo que exige a participação da população.

A prática do Assistente Social que trabalha numa unidade hospitalar vive numa tensão constante entre as exigências postas pelas diversidades das demandas cotidianas dos usuários e da instituição e pela idealização dos profissionais sobre suas ações, alicerçadas no seu projeto ético-político. Os atendimentos do Serviço Social estão voltados aos usuários e a seus familiares nas unidades de urgência/emergência, internação e atendimentos ambulatoriais, nunca esquecendo seu compromisso com a democracia, cidadania, justiça, igualdade social e humanização no atendimento a todos os cidadãos³². Sua intervenção com os sujeitos sociais visa conhecer os problemas vividos no cotidiano deste usuário e de suas respectivas famílias e que possam de alguma forma estar interferir no tratamento, bem como na sua alta hospitalar. Dependendo do local onde o profissional está inserido, realiza capacitações, atendimentos e acompanhamento dos funcionários.

5.2 O PROCESSO INTERVENTIVO COM OS USUÁRIOS: DESAFIOS, TENSÕES E CONTRADIÇÕES

Nos atendimentos, verificou-se que a grande maioria dos usuários que procuram o Serviço Social possui escassos recursos econômicos - alguns não

³² Segundo a Política Nacional de Humanização, humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. A humanização deve ser vista como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando-se uma construção coletiva. (BRASIL, Ministério da Saúde, HumanizaSUS, 2004, p. 6)

possuem nenhum recurso financeiro -, e a vulnerabilidade aparece relacionada a processos de exclusão, discriminação e enfraquecimento dos sujeitos e da sua capacidade de reação. Procuramos superar a demanda institucional, indo além da demanda dos usuários considerando-se o compromisso do profissional baseado nos princípios éticos fundamentais dos Assistentes Sociais, em especial os que defendem um posicionamento em favor da equidade e da justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática. (CRESS, 2005, p. 20).

Através de indicações da Enfermagem, da equipe médica, da Psicologia, do acompanhamento das internações feitas pela equipe da Oncologia, através dos prontuários e da busca espontânea do Serviço Social pelos familiares³³, selecionaram-se alguns usuários internados pelo SUS, na internação oncológica, para acompanhamento. A proposta inicial foi o acompanhamento de quatro usuários da oncologia internados no HSL durante o período de internação e um mês após a alta hospitalar. À medida que estes usuários tivessem alta, novos usuários seriam acompanhados durante igual período, e assim sucessivamente. Consideramos que essa meta foi atingida parcialmente, pois ao longo da execução do projeto foram acompanhados 15 usuários durante o período de um ano.

Alguns fatores influenciaram nesse processo, dentre eles a grande demanda que chegava ao Serviço Social e que precisava de atendimento imediato, o que impedia um melhor acompanhamento dos usuários da Oncologia por parte da estagiária. Por outro lado, é preciso destacar a importância das demais situações acompanhadas pela estagiária que proporcionaram uma aprendizagem ímpar, pois exigiram busca de conhecimento para a intervenção em situações como, por exemplo: usuários em TFD - Tratamento Fora do Domicílio³⁴ -; usuários com

³³ A procura espontânea do Serviço Social foi uma das metas do projeto. Durante sua execução tivemos a procura espontânea dos usuários e familiares cujas demandas imediatas foram: informações sobre serviços oferecidos nos postos de saúde; transporte para quimioterapia e radioterapia; equipamentos para alimentação por sonda; aspirador para usuários com traqueostomia; cadeira de rodas; colete; apoio de outros membros da família, além do cuidador, entre outros.

³⁴ TFD – Tratamento fora do Domicílio, instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas. Consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica à unidades de saúde de outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes. Destina-se a pacientes que necessitem de assistência médico-hospitalar cujo procedimento seja considerado de alta e média

suspeita ou indicação de maus-tratos e/ou negligência; situações de abandono, principalmente de idosos; situações de pobreza; dificuldades da família em atender/assistir o usuário dependente; situações de violência doméstica; usuários em situação de rua, entre outras.

Outro fator foi a carga horária, no estágio - apenas 9 horas semanais -, muito restrita, o que não possibilitou um acompanhamento mais prolongado das famílias. Soma-se a isso a necessidade de afastamento da estagiária durante o período de férias escolares, uma orientação da Instituição que deve ser seguida, impedindo a continuidade dos atendimentos neste período.

Embora apresentemos o tempo como um limitador, é preciso ressaltar que entendemos tal procedimento, pois estamos inseridos num hospital-escola e não poderia ser diferente, pois o momento do estágio é um processo de ensino-aprendizagem, oportunidade de mediação entre teoria e prática; possibilita uma reflexão crítica sobre os pressupostos teóricos recebidos na formação acadêmica e sobre a situação concreta vivenciada no campo de estágio. Exigem-se dedicação, comprometimento e estudo, por parte do aluno, aliando as competências ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, exigências para uma prática alicerçada no Projeto Ético-Político da Profissão.

Outro fator que precisa ser considerado foi a ocorrência de gripe H1N1 que também teve reflexos no campo de estágio. Houve atraso no início do segundo semestre de 2009, além da solicitação antecipada de afastamento para aqueles estudantes que atuavam na área da saúde, como forma de garantir a integridade do estagiário.

5.3 ARTICULANDO AS COMPETÊNCIAS

A preparação para a intervenção, dimensão teórico-metodológica, exigiu uma revisão bibliográfica sobre o SUS e a Política Nacional de Atenção Oncológica, ponto de partida da estagiária. Constatou-se, na prática, a necessidade de uma busca por informações para subsidiar o aluno no enfrentamento aos desafios do dia a dia no campo de estágio, explicitando, desde a graduação, um comprometimento com a qualidade dos serviços prestados. Os usuários, quando buscam o Serviço

Social, querem e devem ter um atendimento de qualidade. Ser atendido pela estagiária não pode significar um mero repasse de informações, algumas vezes desconstruídas, ou ações isoladas, que respondam apenas uma demanda imediata que se apresenta. A superação deste desafio foi uma busca constante da estagiária.

Nesta área hospitalar, onde tudo é “para ontem”, se exige do profissional resposta rápida às demandas imediatas dos usuários, mas a intervenção do Assistente Social não pode ficar apenas nisso, uma prática tarefaira. Aprendemos, durante toda a graduação, e vivenciamos na prática do estágio, que esse é o ponto de partida, nunca o ponto de chegada. É com esse entendimento que procuramos orientar os atendimentos, sabendo que sua concretização não é uma tarefa fácil, mas necessária a uma prática que pretenda ser reflexiva, mediadora, transformadora. Segundo Vasconcelos,

(...) é do profissional – pelo lugar que ocupa e pela qualidade de sua inserção nas instituições – a responsabilidade e a atribuição de possibilitar e criar mecanismos, espaços e condições para que os usuários se voltem sobre o seu cotidiano – sempre presente em suas histórias intermináveis, mesmo que de forma fragmentada, desarticulada – na busca de seu desvendamento, conhecimento, percepção, compreensão, interpretação, ou seja, na busca de sua essência. (VASCONCELOS, 1997, p. 157)

Durante o acompanhamento dos usuários, as práticas dialógicas, no decorrer do processo de entrevista, favoreceram a reflexão e o despertar para uma consciência crítica acerca das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos. Segundo Lewgoy e Silveira (2007), os Assistentes Sociais utilizam um conjunto de técnicas que serão selecionadas de acordo com o momento ou a finalidade da entrevista, mas nenhuma técnica é empregada excluindo as demais; o que modifica é a intensidade e a frequência, de acordo com a etapa do desenvolvimento da entrevista. Algumas técnicas utilizadas durante esse processo foram: o acolhimento, o questionamento, a clarificação, a reflexão e a síntese integrativa.

Percebemos que trabalhar com famílias é um desafio que exige qualificação do profissional. Este trabalho com famílias vem adquirindo uma importância não apenas na política de assistência social, onde ganha centralidade, mas também no conjunto das políticas sociais; exige do profissional um esforço no sentido de não

culpabilizar as famílias pelas situações em que se encontram, mas de situá-las num contexto social bem mais amplo.

Através do conhecimento e entendimento da realidade posta, planejou-se a ação, dimensão técnico-operativa, criando um conjunto de habilidades que permitiram que essa ação se desenvolvesse junto aos usuários e à Instituição, garantindo uma intervenção qualificada que respondesse às demandas colocadas tanto pelos usuários quanto pela Instituição. Após discussão com a Assistente Social, planejamos e realizamos as entrevistas, normalmente com os familiares dos usuários, na sala do Serviço Social.

Nosso primeiro passo, ao ingressar no estágio, foi conhecer a Instituição, movimento realizado desde o primeiro semestre, quando se identificou uma possibilidade de intervenção que aliasse demanda institucional e demanda do usuário. Buscou-se, a partir daí, conhecer a política social para a qual se destina o trabalho da instituição, o SUS e mais especificamente a Política Nacional de Atenção Oncológica. Procurou-se, nos atendimentos, dar visibilidade à Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que assegura ao cidadão:

(...) o direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; o direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; o direito a atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; o direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; a responsabilidade do cidadão para que seu tratamento aconteça de forma adequada; e o direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (BRASIL, Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, 2007, p. 1)

Estes direitos dos usuários da Saúde vão ao encontro do nosso projeto ético-político profissional. E, para garantir o direito do usuário a um serviço de qualidade, é fundamental o uso de documentação. Neste sentido, elaborou-se um roteiro com o objetivo de subsidiar os atendimentos a ser preenchido após a entrevista com os dados obtidos junto aos usuários e/ou familiares. O formulário foi modificado no decorrer do processo, dando destaque às questões mais relevantes de serem abordadas, a fim de atender às necessidades dos usuários, para subsidiar as intervenções.

A dimensão política da profissão exige que o profissional problematize a realidade do usuário a partir dos elementos que ele traz nos atendimentos,

superando a simplificação, utilizando-se das categorias instrumentais do método totalidade, historicidade, contradição, mediação, cotidiano, relações de poder.

As “histórias” dos usuários, além de expressarem seus sofrimentos e suas tristezas, explicitam principalmente a complexidade das questões que permeiam estas histórias. (...) São a quantidade e a complexidade das questões que permeiam o cotidiano da população e que chegam aos profissionais através de desabaços, choros, risos, que exigem competência para serem desvendados nas suas interrelações. (VASCONCELOS, 1997, p. 165)

Segundo Vasconcelos (1997), não basta ouvir calado o que o usuário traz, pois, calados ou falantes, os profissionais têm uma presença muito forte junto à população usuária de seus serviços. Não é por permanecer calado que o Assistente Social vai deixar de controlar, dominar, de ser o dirigente. Em silêncio, o profissional contribui para a reprodução das relações sociais que já estão instituídas. O profissional precisa possibilitar que esse sujeito se volte ao seu cotidiano numa atitude investigativa, analítica, crítica, criando condições para a ampliação de suas percepções e, para isso, manuseia instrumentos de indagação, descoberta e desvendamento do real.

Precisamos desenvolver habilidades de escuta, questionamento e observação do que é dito de forma não verbal, como gestos de silêncio e de pausa, que indicam a reflexão. Esta é a postura do Assistente Social que, segundo Vasconcelos (1997), sabe que nenhum profissional sabe tudo, mas, por ocupar um espaço profissional, é responsável por determinados conteúdos, informações e saberes que só ele tem condições de acumular.

Sempre no início de cada atendimento, explicitamos seu objetivo e os serviços disponíveis no HSL em relação às expectativas dos usuários. Os atendimentos normalmente se realizaram durante o horário de estágio, e poucos necessitaram que viéssemos em um horário diferenciado devido à impossibilidade dos familiares em comparecerem no horário agendado, pois não conseguiram liberação do trabalho. Esta foi uma situação que exigiu uma disponibilidade de horário que ultrapassasse ao combinado com a Instituição, mas sempre que possível foi atendida. Nas ocasiões em que o retorno dos usuários e/ou familiares se dava em horários diferentes do horário em que estávamos na instituição, foram atendidos pela Assistente Social, mas sempre houve uma discussão sobre os atendimentos e encaminhamentos; mesmo assim houve a continuidade no

acompanhamento do usuário, um dever do profissional no desempenho de suas atividades, com eficiência e responsabilidade. (CFESS, 2005, p. 22). Em suas relações com os usuários de seus serviços, é dever do Assistente Social contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com o usuário no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados. (CFESS, 2005, p. 24)

Além das entrevistas agendadas pela estagiária, a partir das indicações anteriormente mencionadas, a participação no Grupo com os Familiares dos Pacientes da Oncologia e Hematologia possibilitou a identificação de alguns usuários que deveriam ser acompanhados. Um maior contato com algumas famílias e a troca de experiências no grupo possibilitou a identificação de situações e dúvidas que, nas entrevistas individuais não apareciam.

Os grupos, sempre coordenados pela Assistente Social ou pela Psicologia, foram grupos abertos, com um encontro semanal, à tarde, cuja adesão dava-se de forma espontânea. Os familiares, durante o horário da visita, eram convidados a participar dos grupos a partir de uma breve explicação de seu objetivo. Compareciam aqueles que tinham alguma dúvida ou interesse em discutir determinados assuntos.

Alguns assuntos discutidos foram: as limitações que a doença traz ao usuário; a dificuldade da família em conversar sobre a doença; o usuário que está muito agressivo com a família depois que soube da doença; a dificuldade e/ou falta de transporte para trazer o usuário para fazer quimioterapia no HLS; a preocupação e/ou dificuldade financeira para a compra da alimentação usada através de sonda para o usuário; as dificuldades pelo fato de haver um único cuidador na família, já que os demais familiares trabalham e não têm tempo de ajudar; o cansaço e o estresse vivenciado pelo usuário e familiares na hospitalização.

No campo de estágio, observou-se que o papel de cuidador é atribuído sempre a um dos membros da família que normalmente assume esta responsabilidade sozinho. A doença ou a limitação física do usuário vai provocar uma mudança de vida em todos os membros da família. É comum vermos a filha que passa a cuidar da mãe; a esposa que deixa o trabalho para cuidar do marido acamado; o irmão que precisa cuidar do outro irmão, que não tem família para ampará-lo, e assim por diante. Para evitar o cansaço, o estresse e permitir que esse cuidador tenha tempo para se cuidar, é preciso que os demais familiares também

participem desses cuidados, evitando que uma única pessoa fique sobrecarregada; esse é o motivo de muitos atendimentos do Serviço Social.

Hoje, a partir da experiência do estágio, entendemos que é preciso aliar atendimento individual a momentos coletivos que possibilitem a troca de experiências e vivências entre as famílias, identificando situações e necessidades que subsidiem novas intervenções. A partir da fala dos familiares, ficam mais claros os assuntos que devem ser tratados e as dúvidas que precisam ser abordadas. O grupo permite a troca de experiência e o rompimento do isolamento social; é um momento no qual cada um pode relatar, por exemplo, suas dúvidas frente à doença, como se deu a busca pelos direitos, quais as dificuldades encontradas, quais os serviços que conseguiram acessar, entre outras coisas.

Na relação de reciprocidade que vai consolidando o grupo, acontece um fenômeno denominado de “ressonância”, este indica a troca de sentimentos entre pessoas, o compartilhar emoções comuns. Isto acontece quando a fala de um rebate nos outros e os demais vão interagindo a partir daquele significado exposto por alguém. De uma situação singular passa-se as diversificadas vivências e a um contexto onde estas se dão, seu meio social. Quem coordena um grupo deve ter a habilidade de perceber a temática em comum e propiciar a expressão destas vivências, neste coletivo. (HELLER, 2002, Apud FERNANDES 2009, p. 17)

Em grupo, as reflexões ficam facilitadas; o diálogo sobre assuntos complexos como o câncer, o adoecimento e a hospitalização, melhor compreendidos, aproveitando-se das vivências e experiências que os participantes trazem. Além disso, em grupo, percebem que a questão vivenciada não é individualizada, mas é coletiva. Seja através de atendimentos individuais ou em grupo, o importante é a que o Assistente Social consiga analisar, interpretar com esses usuários e realidade social da qual somos parte.

Somente a partir de uma análise conjunta podemos ressignificar espaços, pensar coletivamente alternativas de enfrentamento, redescobrir potencialidades, associar experiências, buscar identificações, dar visibilidade às fragilidades para tentar superá-las, desvendar bloqueios, processos de alienação, revigorar energias, vínculos, potencial organizativo, reconhecer espaços de pertencimento. (PRATES, 2003, p. 2)

E essa análise, seja ela com os sujeitos, individualmente, através da entrevistas, ou em grupos, deve ser realizada durante toda a intervenção com os

usuários, através do processo de reflexão. Trazemos a experiência de um atendimento realizado para analisarmos a intervenção, apesar de este usuário ter sido internado através de convênio, fugindo da delimitação do público-alvo do projeto, usuários do SUS internados na unidade de Oncologia.

Durante a execução do projeto, fomos chamados a intervir numa situação que envolvia um usuário oncológico internado através do convênio e, em princípio, com as mesmas necessidades detectadas nos usuários do SUS: falta de recursos financeiros. No início pensamos que o fato de este usuário acessar o serviço de saúde através do convênio poderia significar que ele tivesse melhores condições financeiras do que aqueles que ingressam através do SUS, fato que, mais tarde, entendeu-se não ser o caso.

A necessidade imediata apontada pelos familiares como o motivo para a intervenção do Serviço Social foi a falta de recursos da família para dar conta da situação que se apresentava. O Sr. Jorge³⁵, morador da Região Metropolitana, 74 anos, viúvo, e com seis filhos, devido ao estágio de sua doença, necessitava de cuidados 24 horas. Todos os filhos trabalham, e não havia quem pudesse cuidar dele, e nem recursos suficientes para pagar um cuidador, segundo relato de sua filha em entrevista.

Até então, ele morava sozinho, mas, a partir daquela internação e das necessidades que surgiram, de cuidados mais específicos, essa situação deveria se modificar. A família necessitava de apoio e procurou-se, nos atendimentos, dar conta desta demanda inicial que, aos poucos, foi ficando mais clara. Não era apenas uma demanda financeira, envolvia seus filhos e as mágoas decorrentes de uma perda recente, a mãe. Há pouco tempo, a família esteve envolvida com a doença e falecimento da esposa do Sr. Jorge. Nessa ocasião, houve certa mágoa e desconforto por parte destes filhos ao saberem que o pai havia decidido destinar a aposentadoria que receberia da esposa falecida a outras duas filhas que teve fora do casamento.

Essa era uma relação já conhecida, as filhas tinham entre 18 e 22 anos, mas o que causou indignação em alguns filhos foi o fato de ele se privar de várias coisas, levado uma vida bem modesta, chegando a ter dificuldades para prover sua própria alimentação, em função de um recurso de que abriu mão: a aposentadoria da

³⁵ O nome e dados do usuário e seu familiares são fictícios.

esposa falecida. Por outro lado, os filhos, além da perda da mãe, tiveram que aceitar a situação da falta de um recurso que poderia ter sido destinado a um deles - pois oriundo da aposentadoria da mãe -, mas que havia sido dado a essas filhas que não tinham nenhum direito sobre o recurso.

Precisou-se ver o usuário em sua totalidade, desvelando o que não era dito, para que fosse possível se aproximar da realidade daquele sujeito, conhecê-la e intervir. Cabe lembrar o compromisso do Assistente Social com a qualidade dos serviços prestados à população, com o aprimoramento intelectual na perspectiva da competência profissional. (CFESS, 2005, p. 21). Neste sentido, foi preciso conhecimento e apropriação da realidade posta, criando um conjunto de habilidades técnico-operativas e teórico-metodológicas que permitiram o desenvolvimento de ações junto ao usuário que possibilitassem uma intervenção qualificada, reconhecendo e respeitando suas particularidades.

Realizamos uma primeira entrevista com o Sr. Jorge, a fim de identificar em que poderíamos atendê-lo:

Ele é aposentado como funcionário público, trabalhou como serviços gerais e como instalador hidráulico no Estado. Não informou quanto recebe, apesar de termos feito essa pergunta mais de uma vez, já que o critério para acessar a AAPECAN é a renda. Disse apenas que qualquer outra informação que julgar necessária teremos que conversar com a filha S. que saberá informar melhor. Não se mostrou muito receptivo, não queria falar muito, demonstrava preocupação, e respeitamos isso não insistindo muito neste primeiro contato. (CUNHA, Diário de Campo, 25/03/2010)

Quando questionado sobre o que pensava a respeito do momento em que tivesse alta, para onde iria, se havia alguém que pudesse auxiliá-lo, ele respondeu que gostaria de ir para a casa dele, mas não sabia se seria possível, pois soube que sua doença era grave. Questionado sobre morar com um dos filhos, disse que não queria atrapalhar, que a filha Maria já havia falado para morar com ela, mas ela tem marido e dois filhos, e que ele não queria incomodar a vida deles.

Em seguida, agendamos reunião com duas de suas filhas, em separado, para entender melhor a situação. Uma delas foi a que o Sr. Jorge referiu que decidiria o que seria melhor para ele. A filha, Lucia, relatou que seu pai

(...) teria condições de viver melhor se não tivesse que dar pensão às filhas, até porque já estão crescidas, mas ele continua dando; elas não trabalham, não estudam, sobrevivem da pensão dele... disse que

o pai sempre que precisa, pede ajuda dela, quando acaba o gás pede dinheiro emprestado para comprar, por exemplo; pedir dinheiro emprestado é algo corriqueiro, pois o dinheiro dele nunca chega até o final do mês, sempre falta. Trouxe algumas mágoas com relação ao pai, que sempre foi muito duro e agora tem sido bem diferente com estas duas filhas... Os irmãos chegaram a sugerir que ela ficasse com a aposentadoria da mãe, o que acha justo, pois esta acaba indo para as outras duas filhas que não têm nada a ver com a mãe dela. Mesmo assim, apesar de achar que isso seria o mais correto, não o faz, pois o pai passaria dificuldades maiores, se abrisse mão da aposentadoria da mãe. (CUNHA, Diário de Campo, 26/03/2010)

Realizados os atendimentos, planejamos uma reunião com todos os filhos, a equipe médica e o Serviço Social com o objetivo de discutir com a família sua reorganização para atender o Sr. Jorge, um usuário idoso que necessitava de cuidados especiais. Com o objetivo de assegurar os direitos das pessoas maiores de 60 anos de idade, consideradas idosas, foi decretada a Política Nacional do Idoso, Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994. A família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar aos idosos todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito a vida. Constitui diretriz da Política Nacional do Idoso a priorização do atendimento aos idosos através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência. (BRASIL, Lei nº 8.842, 1994, p. 1)

Chegamos a agendar a reunião com alguns familiares, mas acabou não acontecendo, pois o Sr. Jorge teve alta antes. Seu quadro clínico melhorou, e, como a família manifestou à médica já ter se reunido e se organizado para recebê-lo em casa, ele foi liberado. Trazemos esse caso, embora não esteja dentre o público selecionado para participar do projeto, para demonstrar que muitas situações se assemelham, as demandas são as mesmas, a necessidade de reorganização familiar para o cuidado com o idoso, independentemente de este usuário ter uma condição financeira um pouco melhor do que a dos usuários do SUS.

Avaliamos que nossa contribuição nessa situação foram os atendimentos com os filhos, quando puderam desvendar questões por trás da resistência ao cuidado. A família necessitava de apoio. Até então, os filhos resistiam à reorganização familiar para o cuidado. A partir dos atendimentos, houve uma mudança. A família se dispôs a discutir a situação, e assim o fizeram. Juntos chegaram a uma solução para

a situação, definindo quem cuidaria e como seriam os cuidados dispensados ao usuário. Outra contribuição foi o encaminhamento à AAPPECAN e ao Posto de Saúde da região, para o caso de o Sr. Jorge necessitar de oxigênio, pois não sabiam se o convênio iria fornecer.

Dentro da experiência de estágio, sempre buscamos identificar e divulgar a rede de atendimento ao usuário da Oncologia, e verificamos a efetividade destes encaminhamentos através das informações dos usuários e de seus familiares sobre os serviços acessados. Entendemos como rede de atendimento, segundo Tejedas (2003, Apud PACHECO e TEJADAS, 2009), um (...) conjunto de pessoas e instituições, com seus respectivos profissionais, programas e serviços, que, através de ações participativas e vias de comunicação interativa, formam um sistema de atenção em prol de objetivos que, dentro de uma área de intersecção, são objetivos comuns.

Ao instituir-se a Política Nacional de Atenção Oncológica, consideram-se as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de se estruturar uma rede de serviços, regionalizada e hierarquizada, que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer. (BRASIL, Portaria nº 2.439, 2005, p. 1). A proposta de ação do SUS, na perspectiva de rede, se efetiva a partir de três dimensões: atenção básica, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade, em que todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde. (BRASIL, Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, 2007, p. 1).

Segundo Kern (2008), são necessários seis passos para se trabalhar em rede. O primeiro passo, o ponto de partida, é o ato de querer trabalhar em rede. O ato de vontade é permeado pela intencionalidade da vivência significativa no sentido de elaborar um pensamento ou uma reflexão sobre a vivência em redes. O segundo passo diz respeito ao entendimento teórico sobre a temática de redes, que nos remete à base teórica em que se faz necessária uma visão de conjunto sobre o trabalho em redes a ser articulado. O terceiro passo volta-se ao entendimento das categorias que são essenciais e que dizem respeito à solidariedade, parcerias, um “compor junto”, participação política, articulação, entre outros. O quarto passo diz respeito aos objetivos, o que se quer alcançar com esta proposta de trabalho. O quinto passo,

(...) constitui-se como um momento muito específico onde são mapeadas as instâncias que passam compor a rede seja de apoio social, de recursos ou político institucional. Como um produto da articulação do trabalho, o sexto passo pressupõe e projeção de estratégias para então responder ao problema de referência desta proposta metodológica. (KERN, 2008, p. 4)

Procurou-se, então, conhecer e problematizar acerca de como se dá o acesso da população à atenção oncológica básica, média e de alta complexidade, a rede de atendimento disponível, de acordo com as necessidades que surgiam. Tinha-se a pretensão de elaborar um material escrito com orientações básicas sobre a rede de atendimento e direitos dos usuários da Oncologia para entregar aos familiares, com o objetivo de facilitar os atendimentos; uma cartilha, devido à quantidade de informações que eles precisavam absorver num curto espaço de tempo.

Mas, por outro lado, como os usuários do HSL não vêm apenas de Porto Alegre ou da Região Metropolitana, muitos vêm do Interior, ficou muito difícil fazer esse mapeamento, e essa idéia não seguiu adiante. À medida que eram feitos os atendimentos, identificávamos a rede disponível através de contato telefônico e pesquisa na internet³⁶, com o objetivo de dar orientações claras e atuais aos usuários.

Nos atendimentos aos usuários da Capital e Região Metropolitana, uma rede acionada foi a AAPECAN³⁷ - Associação de Apoio as Pessoas com Câncer -, uma associação civil, de direito privado, sem fins lucrativos e econômicos, cujo objetivo é prestar assistência social às pessoas com câncer que se encontram num processo de vulnerabilidade, suprimindo as suas necessidades básicas como alimentação e

³⁶ Uma dificuldade para o levantamento destes dados foi que na sala do Serviço Social na Unidade de Internação de Adultos, no sexto andar do HSL, não há computadores. Os computadores ficam na sala do Serviço Social no quinto andar, onde fica a secretaria, a sala da Coordenação do Serviço Social e as demais Assistentes Sociais. No início pensamos em utilizar esses equipamentos, mas como estavam constantemente em uso pelas profissionais, exigindo uma espera neste setor até que pudéssemos usá-los – além do fato de que ficávamos ausentes da unidade, no horário de maior procura pelos familiares, horário de visita - acabamos desistindo. As pesquisas foram feitas pela estagiária em outros locais fora do HSL. Quando havia a necessidade de digitar estudos sociais ou outros documentos, utilizávamos o equipamento de outro setor, assim como as pesquisas para verificar dados sobre os usuários internados, eram feitas na recepção.

³⁷ Todo o material consultado sobre a AAPECAN está no site oficial da instituição, disponível em www.aapecan.org.br. Acessado em 29/04/2010. O Relatório de Atendimento Social da AAPECAN de Porto Alegre, mês de março de 2010, registrou 155 usuários cadastrados na unidade; 13 cadastros novos foram realizados somente no mês de março; realizaram 175 atendimentos em março (entre usuários, familiares e colaboradores, entre outros). Concederam: 584 medicamentos alopáticos; 27 cestas básicas; 19 cestas básicas com complementos alimentares; 120 litros de leite longa vida; 128 unidades de suplemento nutricional; 98 vale-transportes; 89 roupas; 05 de calçados. O total de recursos concedidos no mês de março de 2010 foi de R\$ 5.035,29.

suplementos, medicamentos, exames e outros. O trabalho da AAPECAN é efetivado através de recursos arrecadados junto à comunidade, através do *telemarketing*, com doações em gêneros alimentícios e/ou financeiros, parcerias, campanhas e promoções. Sua missão é atender, orientar, integrar e fornecer assistência humano-emocional bem como financeiro-material às pessoas com câncer que se encontram em situação de vulnerabilidade social, proporcionando uma melhor qualidade de vida a estes usuários e familiares.

Outra rede acionada foram as Unidades Básicas de Saúde. Inicialmente entrávamos em contato com as UBS para verificar os serviços oferecidos e como os usuários deveriam fazer para acessá-los. Depois, repassávamos as informações, procurando sempre fazer com que os familiares refletissem que acessar o serviço indicado é um direito e está previsto no SUS. Observou-se que a rede é frágil, não há uma uniformidade nos padrões de atendimento, apesar das exigências. Cada unidade trabalha de um jeito: umas têm PSF, outras não; algumas têm PSF, mas alegam não ter condições de acompanhar as famílias devido ao reduzido quadro funcional; outras têm o serviço e realizam o acompanhamento conforme orientação do SUS.

Um exemplo de encaminhamento à rede foi o atendimento do Sr. Maurício³⁸, solteiro, 52 anos, sem filhos, morador do interior do Estado, que trabalhava numa pequena propriedade da família como forma de subsistência. Possui dois irmãos, com os quais não tem muito contato. Atualmente está sendo acompanhado pela sobrinha, que, desde que soube da doença, assumiu a responsabilidade dos cuidados, trazendo-o para morar na sua casa e realizar tratamento na Capital, já que, no local onde morava, não havia os serviços necessários.

Realizamos entrevistas com a sobrinha, e uma necessidade imediata identificada foi o transporte. Como o usuário faria radioterapia diariamente no hospital e não tinha condições de se locomover, a orientamos no sentido de que entrasse em contato com o Posto de Saúde da região, e solicitasse o transporte para a realização do procedimento no HSL. Com relação à alimentação via oral e às medicações necessárias, a encaminhamos para a AAPECAN, que tem auxiliado os pacientes oncológicos, já que se trata de uma família com poucos recursos.

³⁸ O nome e dados do usuário e seus familiares são fictícios.

Com relação aos encaminhamentos, tivemos retorno apenas do acesso ao transporte através do Posto de Saúde, segundo relato da sobrinha, que acionou esse serviço ainda durante o período de internação do usuário, e foi atendida. Como a radioterapia inicia durante a internação e necessita de continuidade, havia urgência em acessar este serviço, pois o usuário não pode deixar de fazer um único dia de radioterapia sob pena de prejudicar seu tratamento.

O contato com a AAPECAN seria feito dias depois, segundo ela, pois não havia tido tempo em função da “correria que é vir ao hospital todo dia”. Ficou de manter-nos informados assim que procurasse a AAPECAN, mas não tivemos retorno.

Nos atendimentos agendados durante o período de internação dos usuários, os familiares compareciam à entrevista na grande maioria das vezes. Os retornos aos atendimentos é que não foram tão frequentes. Inclusive em duas situações, tivemos que faleceram neste período de acompanhamento devido à gravidade da doença. Outro motivo identificado foi o fato de ter se criado uma distância entre a busca por um direito e o acesso de fato. Alguns familiares retornaram ao Serviço Social para informar que tinham encaminhado determinada solicitação à rede, mas que ainda não haviam obtido resposta. E, após a alta do usuário, não retornavam, e ficamos sem saber se o serviço foi acessado ou não. O fato de os usuários receberem informações e saberem dos direitos que podem acessar não é uma garantia de que irão acessá-los. A busca pelo serviço depende exclusivamente deles.

Com relação aos usuários do Interior, foram feitos os mesmo contatos e repassadas informações aos familiares, mas nem sempre tivemos retorno - se a rede foi acessada ou não. Os usuários tinham alta, retornavam à sua Cidade, e não tínhamos mais contato com eles. A proposta é que voltassem ao Serviço Social, por ocasião da consulta com o médico, mas, como isso era para cerca de dois a três meses depois, perdíamos esse contato.

Uma das situações em que tivemos o retorno do usuário em relação ao acesso à rede foi no caso de uma usuária do interior do Estado, a Sra. Márcia, de 50 anos, internada há mais de 20 dias no HSL. Durante a internação, ela esteve acompanhada da irmã, que procurou o Serviço Social sem que a usuária

soubesse³⁹. Relatou, na ocasião, que o marido da usuária, desde que soube da doença, afastou-se da esposa, apesar de morarem na mesma casa. O casal tem um filho de 16 anos, que tem sido cuidado pela avó, pois o pai trabalha à noite, como vigilante. Nos últimos dias, soube, através de amigos, que o adolescente foi visto em locais inadequados para sua idade; inclusive viajou para participar de festas em Porto Alegre, sempre em companhia de um político da região, dando a entender a existência de um envolvimento amoroso entre os dois.

Contatamos a avó, que informou não ter condições de “dar conta do menino, que não me obedece; eu mando ficar em casa, mas ele sai assim mesmo, não me obedece”, relatou a avó. O pai não ligou muito para o fato de o adolescente sair à noite. Disse que é porque a mãe não está em casa que isso ocorre, culpabilizando a mãe por estar doente e ausente na família.

O Assistente Social não julga as pessoas nem culpabiliza as famílias pela situação em que se encontram. Se fôssemos questionar o pai, por telefone, a única forma que conseguimos contato com ele, uma vez que não vem ao hospital, talvez não fôssemos compreendidas. Pensamos que o ideal seria agendar uma entrevista com ele. Num atendimento teríamos mais tempo, conseguiríamos pensar juntos sobre a situação, entender até que ponto ele sabia sobre o que estava se passando, refletir sobre as dificuldades que a família estava atravessando nesse momento, mas isso não foi possível⁴⁰. Existem limites, e nem sempre é possível trabalhar em condições ideais adotando uma prática reflexiva educativa.

Entendemos como prática reflexiva (VASCONCELOS, 1997) uma prática que envolve dois sujeitos – o usuário e o profissional – e que contribua na politização das demandas apresentadas ao Serviço Social, ao socializar informações necessárias e fundamentais quanto à viabilização dessas demandas, na busca da superação da práxis⁴¹ cotidiana, a partir de sua análise, desvendamento, explicação, interpretação, fortalecendo os envolvidos no processo enquanto sujeitos políticos coletivos.

³⁹ Avaliou-se, após discussão do caso com a Assistente Social, que a usuária não deveria ser envolvida dada a gravidade de sua doença e o estado em que a mesma se encontrava. Como havia outro responsável pelo adolescente, o pai, procurou-se intervir nesta situação entrando em contato com o mesmo.

⁴⁰ O nome e dados da usuária e seus familiares são fictícios.

⁴¹ Práxis é um fazer que vise o outro ou os outros na realização de sua autonomia, operar levando em conta os sujeitos envolvidos no processo. A práxis tem um saber provisório, incompleto, dela surge constantemente um saber novo. O sujeito da práxis se transforma permanentemente e constantemente. Existe uma modificação constante da relação sujeito/objeto no fundo e na forma que

É uma prática educativa, criativa, politizante; articulada aos interesses e necessidades da população que demanda os serviços. Uma prática dessa natureza demanda, desde a graduação, questionamento constante sobre as consequências, os destinos e a qualidade dessa prática e investimento permanente em reciclagem e aperfeiçoamento profissional.

Mas não podemos nos omitir e, nesse caso, encaminhamos o atendimento ao Conselho Tutelar da região. Entramos em contato com órgão encarregado pela sociedade para zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, para que acompanhasse a situação, tomando as providências necessárias. A Conselheira Tutelar interveio, garantindo os direitos do adolescente, conforme pudemos acompanhar, à distância, amparando a família.

O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990) - dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Considera-se criança, para os efeitos da Lei, a pessoa até doze anos incompletos, e adolescentes aqueles entre doze e dezoito anos. Segundo o Estatuto,

Art. 4º. É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com a absoluta prioridade, a efetivação dos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990, p. 10)

Numa situação como essa, o Assistente Social não pode se omitir, precisa contatar a rede e acionar os mecanismos de proteção ao adolescente, sob pena de se tornar um profissional negligente, descomprometido com suas responsabilidades éticas e profissionais, se assim não o fizer. O ECA, em seu artigo 5º, diz que nenhuma criança será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990, p. 11), e o Assistente Social precisa trabalhar no sentido de garantir que esse direito seja acessado.

A consolidação do trabalho do Assistente Social na área da Saúde pressupõe do mesmo um conhecimento adensado sobre as políticas públicas, em particular a do SUS, e como essas são garantidas à população. Mas as demandas que chegam ao Serviço Social nem sempre dizem respeito à política de saúde; muitas vezes estão ligadas à assistência e interferem no processo saúde-doença e precisam ser atendidas, pois precisamos ver o sujeito com um todo, exigindo conhecimento por parte do profissional. As práticas desenvolvidas nas unidades hospitalares precisam ser permeadas pelo acolhimento, pelo respeito ao usuário entendido como um cidadão, e não como um mero consumidor de serviços de saúde. É necessário entender a saúde como um estado de bem-estar completo, físico, mental e social, e não somente como a ausência de doenças ou enfermidades, devendo ser entendida como um direito fundamental do ser humano.

5.4 REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM NA ÁREA HOSPITALAR

Diariamente, chegavam ao Serviço Social diversas demandas dos usuários, e normalmente todas necessitavam de uma “resposta” rápida, pois, quando se trata de saúde, há sempre uma urgência. Essas demandas necessitavam tanto de uma articulação interna, com os demais profissionais do HSL, quanto externa, contato com a rede e a articulação com outras políticas públicas. Neste momento, procurou-se não perder de vista o foco da instituição, a promoção da saúde, mas, ao mesmo tempo, ir além das atividades burocráticas e rotineiras, apreendendo o movimento da realidade, percebendo o usuário em sua totalidade.

Foi necessário que se trabalhasse num curto espaço de tempo, mas visualizando de que forma a ação iria impactar na vida daquele sujeito visando a uma transformação, ainda que pequena, no sentido de garantir sua autonomia, respeitando sua liberdade de escolhas, promovendo, através da informação, o acesso aos direitos, a ampliação e a consolidação da cidadania.

Avaliamos que o trabalho realizado, apesar do pouco atendimento relativo aos usuários da internação oncológica, teve um resultado positivo, pois possibilitou o acesso à rede de atendimento e garantiu a continuidade do vínculo após a alta hospitalar, através das reflexões e informações repassadas aos usuários. Trazemos

a situação do Sr. Paulo, casado, 43 anos, morador da Capital, usuário da Oncologia, e que necessitava de um colete especial para poder ter alta do hospital, devido a um tumor ósseo, para exemplificar.

A família não tinha condições financeiras de adquirir tal colete, feito sob medida, e encaminhamos o usuário à AAPECAN, com tal solicitação. A ONG, após rápida avaliação da situação, providenciou o colete de que o Sr. Paulo necessitava, e o usuário teve alta assim que o recebeu no hospital. Posteriormente, em contato com a família, soubemos que a Assistente Social da ONG está acompanhando o Sr. Paulo, já fez visita domiciliar à família para verificar outras necessidades. Como o usuário precisa se deslocar ao HSL para realizar as quimioterapias, está providenciando uma cadeira de rodas para facilitar este deslocamento, uma vez que seus ossos estão muito frágeis.

Essa é uma rede que, sempre que acionada pelos usuários, tem respondido às necessidades deles. É agendada uma entrevista com a Assistente Social da ONG para verificar a situação da família e entrega de documentos que comprovem a situação do usuário⁴². As respostas às solicitações encaminhadas têm sido rápidas, de acordo com a urgência das famílias, diferentemente do que aconteceria se os usuários encaminhassem tais solicitações através Ministério Público, o que também poderia ser feito, mas somente em situações em que seja possível aguardar certo tempo.

Outro exemplo é a rede que atende os usuários que necessitam de oxigênio para alta hospitalar. Existe o serviço, a oxigenioterapia domiciliar, mas leva, em média, 45 a 60 dias para o usuário receber o equipamento. A solicitação é feita em determinada Unidade Básica de Saúde da Capital, onde é agendada uma consulta com um médico que vai verificar, através de exames, radiografias e encaminhamento do médico do HSL, a necessidade do usuário. É aberto um protocolo solicitando o equipamento, o que pode levar até 60 dias, tempo em que esse usuário em condições de alta fica hospitalizado, ocupando um leito que poderia ser destinado a outro usuário que aguarda, na Emergência do HSL, sua internação.

⁴² As famílias precisam levar documento de identidade e CPF do usuário e seu responsável; conta de água ou luz; comprovante de rendimentos; laudo médico que comprove a doença e todos os exames que tiverem; e encaminhamento da nutricionista, se for preciso alimentação especial via sonda, com especificação da dieta.

Os atendimentos não se restringiram apenas à área da Saúde; houve articulação com outras políticas, como o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto do Idoso. Reforçou-se o compromisso da estagiária com a competência, com a qualidade dos serviços prestados à população, através de uma prática reflexiva, mediadora, transformadora, alicerçada na teoria social crítica, na práxis, união indissolúvel entre teoria e prática.

Para a realização deste trabalho, nos utilizamos da rede como uma estratégia de acesso dos usuários aos seus direitos, previstos no SUS, e serviços da rede de Saúde. A rede, segundo Kern (2008), é uma das estratégias que o profissional usa para a realização de seu trabalho, uma estratégia metodológica de intervenção, um recurso adotado pelo profissional, uma ferramenta de trabalho que supera o simples entendimento sobre a instrumentalidade tradicionalmente utilizada na operacionalização do trabalho na área.

Os Assistentes Sociais, na Saúde, têm um papel importante no sentido de concretizar o princípio do SUS, que garante a universalidade no acesso e na construção da integralidade em saúde, entendida como um

(...) princípio dotado de vários sentidos que consistem tanto na abordagem do indivíduo na sua totalidade como parte de um contexto social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Além de garantir acesso aos diferentes níveis de complexidade da atenção em saúde, oferece respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma população e não unicamente a um recorte de problemas (PINHEIRO E MATOS, 2001, Apud NOGUEIRA E MIOTO, 2007, p. 6)

Segundo Nogueira e Miotto (2007), nesta perspectiva, a integralidade está calcada em dois pilares básicos, que são a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. A interdisciplinaridade, visando integrar saberes e práticas voltadas à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde. A intersetorialidade como uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população, exige a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais e, portanto, de saberes, de poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. (JUNQUEIRA, 2004, Apud NOGUEIRA e MIOTO, 2007, p. 7)

Cabe ao Assistente Social um papel importante nos processo de construção da integralidade. Segundo Nogueira e Mito (2007), a perversa desigualdade social e a falta de informação e de conhecimento da população, quanto aos seus direitos, impõe, de forma inequívoca, ao Assistente Social, ações no sentido da promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre ações e serviços de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrever as considerações finais foi uma tarefa difícil, pois a aprendizagem é processo, a cada dia nos modificamos, acrescentamos novos elementos, novos saberes, novas reflexões, mas, como essa é uma exigência da formação, precisamos vencer essa etapa e seguir adiante, mesmo com esse sentimento de incompletude, de inacabado, convictos de que ainda há muitas coisas que merecem ser discutidas.

Para iniciar gostaríamos de destacar que o estágio realizado no Hospital São Lucas, junto à Unidade de Internação de Adultos, possibilitou uma reflexão sobre a práxis do Assistente Social que atua na área da Saúde; um profissional que utiliza suas competências e seus conhecimentos, articulados aos princípios do projeto ético-político da profissão, na compreensão dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais que interferem no processo saúde-doença, buscando estratégias para o enfrentamento desta situação.

Esta aproximação com os usuários, no que diz respeito à garantia do acesso destes sujeitos aos direitos previstos nas políticas sociais, trouxe um maior conhecimento acerca do Sistema Único de Saúde, seus princípios e sua organização. Diariamente, nos atendimentos realizados, procuramos problematizar estas questões, fazendo-os refletir, criando condições para que estes usuários se compreendam como sujeitos de direitos e lutem pela efetivação destes direitos, através das políticas públicas.

Pensar no acesso aos direitos como superação da situação de vulnerabilidade nos levou a refletir sobre nosso entendimento acerca de direitos sociais na sociedade contemporânea e seus reflexos na vida destes sujeitos. Avaliamos que, embora exista uma política específica para estes usuários, fato desconhecido da grande maioria da população atendida, a simples existência de tal política não é garantia de acesso aos serviços; muito ainda precisa ser feito. E, neste sentido, é fundamental o papel do Assistente Social que garante aos usuários o acesso às informações, para que estes tenham condições de reivindicar direitos e lutar pela sua efetivação. Além disso, compete ao Assistente Social incentivar a participação dos usuários nos conselhos, plenárias e fóruns, espaços onde se

materializa o controle social fundamental para a construção de uma nova ordem societária, mais justa, mais igualitária.

Nessa caminhada, é fundamental destacar a importância da necessidade de o profissional Assistente Social planejar suas ações e intervenções baseadas na ética e no compromisso com o usuário. Pensando na qualidade dos serviços prestados à população, é preciso destacar a importância da documentação no cotidiano do trabalho do Assistente Social, pois agiliza e possibilita um atendimento de qualidade ao usuário, principalmente quando mais de um profissional intervêm na mesma situação, dada sua urgência. Além disso, propicia a sistematização de informações que poderão ser utilizadas no sentido de avaliarmos as ações desenvolvidas, melhorando cada vez mais os serviços prestados à população, qualificando futuras intervenções, um compromisso que assumimos publicamente com os usuários dos nossos serviços, através de nosso Código de Ética.

Por último, gostaríamos de lembrar uma música do nosso “poeta” Raul Seixas, que muito nos lembra nossas intervenções diárias no exercício profissional:

Basta ser sincero e desejar profundo. Você será capaz de sacudir o mundo. Vai! Tente outra vez! Tente! E não diga que a vitória está perdida se é de batalhas que se vive a vida. Tente outra vez!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, Vera Lucia Honório. **O Desafio da Inserção do Serviço Social num Ambiente Hospitalar** - Hospital Regional de Rondonópolis: Notas de Experiência. XI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, III Encontro Nacional de Serviço Social e Seguridade, 2005. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/portal/noticias/noticia.php?id=498>, acessado em 10/08/2009.

BONETTI, Dilsea A. (Org.). **Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis**. São Paulo, Cortez, 2006. 7ª edição.

BOSCHETTI, Ivanete e BEHRING, Elaine (org). **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm, acessado em 03/10/2009.

BRASIL. Brasília. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **Assistência de Média e Alta complexidade no SUS**. CONASS, 2007.

_____, Brasília. Ministério da Saúde - **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 2007. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf, acessado em 07/09/2009.

_____, Brasília. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z. Garantindo Saúde nos Municípios**. 3ª Edição, 2009. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>, acessado em 30 /09/2008.

_____, Brasília. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília/DF, 2004. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br> , acessado 30/09/2008.

_____, Brasília. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Anexo 1. Disponível em www.portal.saude.gov.br, acessado em 20/04/2010.

_____, Brasília. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. 2004. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/humanizasus_2004.pdf, acessado em 20/03/2010.

_____, Brasília. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome - Secretaria Nacional de Assistência Social**. 2004. Disponível em www.mds.gov.br, acessado em 30/09/2008.

BRASIL, **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____, **Lei, Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____, **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**. (Que 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)

_____, **Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária. Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. Cortez, São Paulo, 1996.

_____. **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, 2006.

BRAVO, Maria 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, UERJ, 2004.

BULLA, Leonia Capaverde. O contexto histórico da implantação do Serviço Social no Rio Grande do Sul. In: **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 7 n. 1, jan./jun. 2008.

Cartilha TFD – Saiba o que é Tratamento Fora do Município. Material disponível em <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/cartilha-tfd-sespa.pdf>, acessado em 20/06/2010.

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.

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

CRESS- Conselho Regional de Serviço Social. **Coletânea de Leis – Revista Ampliada**. CRESS 10ª Região, 2005.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2006. 2ª Ed.

COUTO, Berenice Rojas e PRATES, Jane. **Material didático elaborado para a Disciplina de Seguridade Social e Serviço Social**. PUCRS, agosto de 2009.

CUNHA, Carmen Lucia Nunes. **Diários de Campo – Hospital São Lucas da PUCRS**. Faculdade de Serviço Social/ PUCRS: 2009/2010.

_____. **Análise Institucional- Hospital São Lucas da PUCRS**. Faculdade de Serviço Social/PUCRS: 2009/1.

Documento Elaborado pela Comissão dos Direitos do Paciente Adulto. Hospital São Lucas, PUCRS, Porto Alegre, março de 2001.

FERNANDES, Idília. *A Dilética dos Grupos e das Relações Cotidianas. Aspectos da Teoria do Cotidiano: Agnes Heller em perspectiva*. POA: EDIPUCRS, 2002. **Material**

Didático. Disciplina de Laboratório de Formação Profissional VI – Fortalecimento dos Sujeitos Singulares e Coletivos, 2009/2. Faculdade de Serviço Social, PUCRS.

_____, **Trabalhando com Grupos na Perspectiva de Vasconcelos. Material Didático. Disciplina de Laboratório de Formação Profissional VI – Fortalecimento dos Sujeitos Singulares e Coletivos**, 2009/2. Faculdade de Serviço Social, PUCRS.

FERNANDES, Rosa Maria Castilhos. **Terceiro Setor: polêmicas e perspectivas**. In Requisições para o Trabalho dos Assistentes Sociais. MACIEL, Ana Lúcia Suárez. Porto Alegre: Graturck, 2009.

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, janeiro, 1997.

FERREIRA, Magda Suzana da Silva e LUNARDI, Laura dos Santos. **Documento elaborado pelas Assistentes Sociais do Hospital São Lucas da PUCRS**, s/d.

FEUERWERKER, Laura Camargo e CECÍLIO, Luiz Carlos. **O hospital e a formação em saúde: desafios atuais**. Instituto de Saúde da Comunidade, Departamento de Planejamento em Saúde, Universidade Federal Fluminense. 2006.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editomara Fiocruz, 2002.

FIREMAN, Theny Mery Viana. **SUS: Avanços, Impasses e Retrocessos**. 2007. Disponível em www.crp15.org.br, acessado em 27/11/2009.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p. 30-35, set-dez 2004.

GOMES, Mônica Araújo e PEREIRA, Maria Lucia Duarte. **Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas**. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2004.

HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. Disponível em <http://www.hospitalsaolucas.pucrs.br> acessado em 30/03/2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004. 7ª Edição.

_____. **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2007. 11ª Edição.

INDRIUNAS, Luis. **História da Saúde Pública no Brasil**. Disponível em www.pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm, acessado em 30/03/2010.

INSTITUTO ONCOGUIA. Disponível em www.oncoguia.com.br, acessado em 15/06/2009.

JAPIASSÚ, H. Interdisciplinaridade e Patologia do Saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976. Apud MENDES, Jussara. LEWGOY, Alzira e SILVEIRA, Esalba. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**. Porto Alegre, v.1, n.1; p.24-32, jan.jun/2008.

JUNQUEIRA, 2004, Apud NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais**. In MOTTA, A.E., et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde**. 2. ed. São Paulo: OMS, 2007. Disponível em http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf, acessado em 15/09/2009.

KERN, Francisco Arseli. O Trabalho em Redes e Operacionalização Metodológica. **Material Didático. Disciplina de Laboratório de Formação Profissional IV- Redes Sociais**, 2008/2. Faculdade de Serviço Social, PUCRS.

LEWGOY, Alzira e SILVEIRA, Esalba. A entrevista nos processos de trabalho do Assistente Social. In: **Revista Textos e Contextos**. Porto Alegre, 2007. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article>.

MACHADO, Ednéia Maria. Questão Social: Objeto do Serviço Social? **Revista Serviço Social em Revista**. Londrina, v.2, N. 2, P.39-47, JUL./DEZ. 1999. Disponível em www.ssrevista.uel.br/c-v2n1.htm , acessado em 05/04/2010.

MANSUR, Marília Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.116p. Disponível em <http://portalteses.icict.fiocruz.br>, acessado em 18/05/2010.

MARTINELLI, Maria Lucia. **Serviço Social: identidade e alienação**. 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. **Notas sobre a Instituição**. Material didático não publicado, utilizado em 2009/1, Disciplina de Laboratório de Formação Profissional V- Análise Institucional, Professora Esalba Silveira.

_____. **Notas sobre Análise de Conjuntura**. Material didático não publicado, utilizado em 2009/1, Disciplina de Laboratório de Formação Profissional V- Análise Institucional, Professora Esalba Silveira.

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

MESQUITA FILHO. **Políticas de Saúde no Brasil: 1900 – 1945. Evolução da Saúde Pública**. Disponível em www.mesquita.filho.sites.uol.com.br, acessado em 12/03/2010.

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

NETTO, Jose Paulo. **Ditadura e Serviço Social - uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo, Cortez, 1996. In: In BRAVO, Maria Inês Souza (org). Saúde e Serviço Social. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2004.

NBR 14724 - Modelo para apresentação de Trabalhos Acadêmicos, Teses e Dissertações. Elaborado pela Biblioteca Central Irmão José Otão, disponível em <http://webapp.pucrs.br/bcmodelos/LoginControl>, acessado em 15/06/2010.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Direitos e Cidadania nos processos de integração regional: o caso Mercosul**. In: BOSCHETTI, Ivanete e BEHRING, Elaine (org.). Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais**. In MOTTA, A.E., et al. (Orgs.) Serviço social e saúde. 2. ed. São Paulo: OMS, 2007. Disponível em http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf, acessado em 15/09/2009.

OLIVEIRA, Iris Maria de. **Cultura Política, direitos e política social**. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine (org.). Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA, Potyara A. P. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania**. In: BOSCHETTI, Ivanete e BEHRING, Elaine (org.). Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

PIERDONÁ, Zélia Luiza. **Contribuições para a Seguridade Social**. Porto Alegre, LTR, 2008. In: Material didático elaborado pelas professoras Berenice Rojas Couto e Jane Prates, em agosto de 2009. Disciplina de Seguridade Social e Serviço Social.

PINHEIRO E MATOS, 2001, Apud NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais**. In MOTTA, A.E., et al. (Orgs.). Serviço social e saúde. 2. ed. São Paulo: OMS, 2007. Disponível em http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf, acessado em 15/09/2009.

PORTAL SISREG, Departamento de Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) Disponível em <http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/principios.htm>, acessado em 24/05/2010.

PORTELA, Margareth, LIMA, Sheyla e outros. **Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil**. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível em Disponível em www.scielo.org.br., acessado em 20/04/2010.

PRATES, Jane Cruz. A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de inspiração marxiana. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 2, dez.2003. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/948>, acessado em 15/04/2009.

Revista Prática Hospitalar, Ano VIII, Nº 48, Nov-Dez/2006. Disponível em www.praticahospitalar.com.br, acessado em 08/09/2009.

SERRA, Rose Mary Souza. **A Prática Institucionalizada do Serviço Social: determinações e possibilidades**. São Paulo, Cortez, 1895.

_____. **Crise de materialidade no serviço social: repercussões no mercado profissional.** São Paulo, Cortez, 2000.

SILVA, Maria Ozanira da Silva. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva: Pobreza, desigualdades sociais e saúde: desafios para as políticas públicas.** ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. v.12, nº 6, novembro/dezembro 2007.

TEJADAS, Silvia. 2003, Apud PACHECO E TEJADAS, Silvia. Atuação em Redes: uma estratégia desafiadora na defesa dos direitos da Criança e do Adolescente. **"Revista Digital da Capacitação de Candidatos a Conselheiro(a) Tutelar - Conselho Tutelar - Eleições 2007"**, em CD-ROM (Março 2009). Disponível em <http://www.crianca.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=7> , acessado em 04/06/2010.

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)

VILLAR, Vera Lúcia Carvalho. **Transversalidade da Formação Profissional do Assistente Social no Campo da Saúde.** Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, FSS - Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

WIKIPEDIA – A Enciclopédia Livre. Disponível em www.wikipedia.org, acessado em 12/04/2010.

APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista

**HOSPITAL SÃO LUCAS – PUCRS
SERVIÇO SOCIAL**

UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE ADULTOS

DATA: ___/___/___

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Sexo: () M () F

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Naturalidade: _____

Endereço: _____ Vila/Bairro: _____

Cidade: _____ Ponto de Referência: _____

Telefone: _____ Celular: _____ Telefone Recado: _____

Estado civil: _____ Escolaridade: _____ Religião: _____

Unidade de Internação: _____ Leito: _____

Diagnóstico: _____

Data da internação: _____ Data da alta: _____

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS

Profissão: _____ Local de trabalho: _____

Renda: _____ Telefone: _____

Situação do trabalho: () Com vínculo () Sem vínculo () Trabalho informal

() Aposentado () Benefício () Auxílio /doença () Outro: _____

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS DO CÔNJUGE

Profissão: _____ Local de trabalho: _____

Renda: _____ Telefone: _____

Situação do trabalho: () Com vínculo () Sem vínculo () Trabalho informal

() Aposentado () Benefício () Auxílio /doença () Outro: _____

CONDIÇÕES DE MORADIA

Tempo de moradia: _____ Situação da moradia: () Própria () Cedida

() Alugada () Dos pais () Área Verde () Outra: _____

Neste local você possui: Água encanada () Sim () Não Energia elétrica () Sim () Não

Saneamento básico () Sim () Não Fácil acesso a meios de transporte () Sim () Não

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome	Idade	Parentesco	Escolaridade	Profissão	Renda	Observação

LEVANTAMENTO DE DADOS

1 - Há quanto tempo está em tratamento? _____

2 - Que tipo de tratamento vem realizando? _____

3 - Qual a frequência do tratamento? _____

4 - Costuma vir: () de ônibus () de carro () outro: _____

5 - Quem normalmente o (a) acompanha nas consultas, procedimentos ou internações? _____

6 - O que você pensa/sente em relação à doença? _____

7 - Você procurou alguma informação sobre a doença? () Sim () Não Onde, com quem? _____

8 - Destaque alguns aspectos/situações que, em sua opinião, possam estar dificultando seu tratamento: _____

9 - Quem você procura para conversar em momentos de alegria, tristeza ou de insegurança? _____

10 - Por que essa pessoa? _____

11 - Como é seu ambiente familiar? _____

12- Como sua família está organizada para superar esse período de adoecimento? _____

13 - Com quem você pode contar para auxiliá-lo (a) nesse momento? _____

14 - Quais atividades de lazer você costuma realizar? Com que frequência? _____

15 - Quais programas/políticas sociais você acessou nos últimos tempos? _____

16 – Você está vinculado a algum Posto de Saúde? () Sim () Não Em caso afirmativo, qual? _____

17 - O que você sabe sobre os direitos dos pacientes oncológicos? _____

18 – Você já acessou algum dos direitos do paciente oncológico? () Sim () Não Qual? _____

19- O que você espera do atendimento pelo Serviço Social, quais suas expectativas? _____

20 – Quais assuntos você gostaria que fossem abordados? _____

PLANO DE INTERVENÇÃO:

Dia: ___/___/___ Horário: _____ Ação: _____

Estagiária responsável:

Nome: _____

Assinatura: _____