

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

Francine da Silva Seidel

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO AMBULATÓRIO DE
QUIMIOTERAPIA: algumas vivências do estágio obrigatório.**

Santa Maria, RS
2018

Francine da Silva Seidel

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO AMBULATÓRIO DE
QUIMIOTERAPIA: algumas vivências do estágio obrigatório**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria- RS (UFSM) como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em Serviço Social**.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Jardel Gaviraghi

Santa Maria, RS
2018

Francine da Silva Seidel

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO AMBULATÓRIO DE
QUIMIOTERAPIA: ALGUMAS VIVÊNCIAS DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**.

Aprovado em 10 de dezembro de 2018:

Fabio Jardel Gaviraghi, Dr.
(Presidente/Orientador)

Sheila Kocourek, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2018.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por ter me dado forças durante a minha caminhada acadêmica e por ter me ensinado a nunca desistir de mim e de meus sonhos.

A minha família, em especial a minha mãe que é a pessoa que eu mais admiro, uma mulher de fibra que desde muito cedo aprendeu a superar as dores da vida e que mesmo assim nunca perdeu a sua ternura e bondade, obrigada mãe por eu ter a oportunidade de ser a tua filha, obrigada por sempre estar ao meu lado nos momentos mais difíceis da minha vida, obrigada por ter me dado apoio e amor incondicional, eu te amo eternamente.

A equipe do Ambulatório de quimioterapia do HUSM e, especialmente, a minha supervisora de campo, a Assistente Social Andrea de Lima Lopes Pires que é uma profissional competente e empenhada do que faz.

A secretaria do curso de Serviço Social por ter me proporcionado a oportunidade de realizar o meu estágio no Ambulatório de quimioterapia, nesse lugar eu pude conhecer pessoas maravilhas que enfrentam um tratamento contra o câncer, seres humanos que possuem uma força incrível e que mesmo em meio à dor não perdem a vontade de viver, a vocês a minha admiração.

Ao meu supervisor de estágio e orientador de Trabalho de conclusão de Curso, Fábio Gaviraghi, que pode me orientar e acompanhar em busca da realização de um sonho, a formação acadêmica em Serviço Social.

A todos os amigos e colegas que me acolheram na cidade de Santa Maria ao longo desses quatro anos e meio. Ao longo desse período eu conheci pessoas incríveis e pude construir amizades que vou levar para toda minha vida!

Obrigada!

*Vale muito ter lutado e cantado,
vale muito ter vivido se o amor me
acompanha. [...].*

(Pablo Neruda)

RESUMO:

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA: algumas vivências do estágio obrigatório

AUTORA: Francine da Silva Seidel
ORIENTADOR: Fabio Jardel Gavaraghi

O presente trabalho de conclusão de curso tem por objetivo descrever e caracterizar a atuação do Serviço Social na saúde dentro do setor hospitalar, com ênfase no ambulatório de quimioterapia, e a partir disso problematizar a realidade dos usuários que enfrentam o tratamento contra o câncer. Nesse processo utilizou-se como base de dados às experiências vivenciadas no decorrer do estágio curricular em Serviço Social realizado no Ambulatório de quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria-RS. Além da utilização desses dados, foram consultados materiais que pudessem embasar a pesquisa, tais como, livros, artigos e teses relacionados à temática. Inicialmente, buscou-se construir um recorte histórico do câncer no Brasil, bem como dados demonstrativos de sua incidência, e por fim ratificar a importância das políticas públicas referentes ao processo de prevenção e controle de câncer. Baseando-se nesse raciocínio apontou-se aspectos da Política de Saúde, abordando-se sobre o movimento de Reforma Sanitária e a legislação que foi incorporada ao SUS nos últimos anos, ampliando-se assim o conceito de saúde. A partir desse enfoque pode-se ilustrar a importância do tratamento quimioterápico. Esta atuação compreende a construção de estratégias e cuidados dirigidos ao público envolvido, em que o profissional tem como objetivo a viabilização do acesso aos direitos sociais. Conclui-se assim, dada à relevância da temática, visto que o câncer vem sendo considerado um problema de saúde pública, a importância de estudos que possam contribuir para que os usuários fiquem cientes de seus direitos sociais com o intuito de dar continuidade à realização do tratamento.

Palavras-chave: Questão Social. Câncer. Serviço Social. Saúde

ABSTRACT

THE WORK OF THE SOCIAL ASSISTANT IN THE AMBULATORY OF CHEMOTHERAPY: SOME LIVES OF THE MANDATORY STAGE

AUTHOR: Francine da Silva Seidel

ADVISOR: Fabio Jardel Gavaraghi

The present study aimed the description and characterization of the role of the Social Worker in the health sector, with emphasis on the chemotherapy medical clinic and, from this, to problematize the reality of users facing cancer treatment. In this process, were used as a data base the experiences lived during the curricular internship in Social Work service performed at the chemotherapy medical clinic of the University hospital of Santa Maria.. In addition to the use of these data, materials that could support the research were used, such as books, articles and theses related to the scope. Initially, a history of cancer in Brazil was built, data demonstrating its incidence was searched and, finally, the importance of public policies regarding the process of cancer prevention and control was highlighted. Based on this rationale, aspects of the health policy were pointed out, addressing the health reform movement and the legislation that was incorporated into SUS in recent years, thus broadening the concept of health. From this approach, the relevance of the Social Worker service was shown regarding the social issues of people undergoing chemotherapeutic therapy. This action includes the construction of strategies and care directed to the public involved, in which the professional has the objective of facilitating access to social rights. It is concluded, given the relevance of the issue, since cancer has been considered a public health concern, the importance of studies that can contribute to the cancer patients being aware of their social rights, in order to continue the therapy against cancer.

Key words: social issues, cancer, social work service, health.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|--|
| AAPECAN | Associação de Apoio as Pessoas com câncer |
| AF | Assistência Farmacêutica |
| BPC | Benefício de Prestação Continuada |
| CEBES | Centro Brasileiro de Estudos da Saúde |
| CFESS | Conselho Federal de Serviço Social |
| CNS | Conferência Nacional de Saúde |
| CRAS | Centro de Referência de Serviço Social |
| CACC | Centro de Apoio à criança com Câncer |
| CRS | Coordenadorias Regionais de Saúde |
| CREAS | Centro de Referência Especializada de Assistência Social |
| DPU | Defensoria Pública da União |
| EBSERH | Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares |
| FGTS | Fundo de Garantia por Tempo de Serviço |
| HUSM | Hospital Universitário de Santa Maria |
| INCA | Instituto Nacional de Câncer |
| INSS | Instituto Nacional de Seguro Social |
| LOS | Lei Organica da saude |
| MDS | Ministério do Desenvolvimento Social |
| MS | Ministério da Saúde |
| MP | Ministério Público |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONG | Organizações Não Governamentais |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PNH | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAF | Política Nacional de Assistência Farmacêutica |
| PNAS | Política Nacional de Assistência Social |
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| PIS | Programa de Integração Social |
| PASEP | Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SUAS | Sistema Único de Assistência Social |
| SAS | Secretaria de Atenção à Saúde |
| SMDS | Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social |
| SAD | Serviço de Atenção domiciliar |
| UFSM | Universidade Federal de Santa Maria |
| UTI | Unidades de Tratamento Intensivo |

LISTA DE APÊNDICE

| | |
|--|----|
| Apêndice A- Banner sobre os direitos dos pacientes oncológicos..... | 64 |
|--|----|

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2 | A POLÍTICA DE SAÚDE E O CANCÊR: CONCEITOS E VIVÊNCIAS..... | 14 |
| 2.1 | O CÂNCER NO BRASIL: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA..... | 14 |
| 2.2 | O CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL..... | 22 |
| 2.3 | O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE..... | 29 |
| 3 | ANÁLISE DOS DADOS E AS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS..... | 35 |
| 3.1 | O HUSM ENQUANTO CAMPO DE ESTÁGIO DO SERVIÇO SOCIAL..... | 36 |
| 3.2 | O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO SETOR DE QUIMIOTERAPIA..... | 37 |
| 3.3 | DESCRIÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO E SUAS RESPECTIVAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO II CURRICULAR..... | 49 |
| 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 55 |
| 5 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 57 |
| 6 | APÊNDICES..... | 63 |

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, elaborado a partir de um Relatório Teórico Prático (RTP) tem por objetivo analisar a atuação do Assistente Social no setor hospitalar, com ênfase no ambulatório de quimioterapia-Hospital Universitário de Santa Maria-HUSM, e a partir disso observar as atribuições e competências referentes às questões relacionadas aos usuários portadores de câncer.

Para elaboração desse trabalho buscou-se fazer uma revisão bibliográfica a respeito dos principais aspectos relacionados ao câncer no Brasil, ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a atuação do Serviço Social nesse espaço. A busca dos dados foi realizada através de artigos publicados em revistas eletrônicas de enfermagem, medicina e serviço social, sendo acessadas em base de dados como Scielo- Scientific Electronic Library e BVS- Biblioteca Virtual em Saúde. A revisão também contou com referências de livros, legislações e sobre Institutos Nacionais como o INCA (Instituto Nacional de Câncer).

Agregado a isso, utilizou-se como base de dados os documentos elaborados no decorrer do estágio obrigatório I e II, entre eles estão: a análise institucional, diários de campo, projeto de intervenção e relatório final, os quais foram fundamentais para a construção desse trabalho.

Desta maneira, o trabalho está dividido em duas partes, a primeira é composta pelo referencial teórico, no qual se abordará sobre: o câncer, a política de saúde e a inserção do serviço social na área da saúde. A segunda parte está organizada em: análise dos dados e as experiências vivenciadas no decorrer do estágio, o espaço sócio ocupacional, a atuação do assistente social no ambulatório de quimioterapia e por último a descrição do projeto de intervenção e suas respectivas atividades.

Em um primeiro momento será retratado sobre o câncer sendo este considerado como um importante problema de saúde pública tanto em países em desenvolvimento como em países desenvolvidos. Através de estudos, identificou-se que a neoplasia maligna tem sido responsável pela segunda causa de morte no mundo de acordo com dados obtidos pelo INCA (2018). Nesse sentido uma das causas que tem tornado essa doença um desafio para os governantes em relação ao seu controle é explicado pelo fato do diagnóstico se voltar para as fases mais tardias já que os tumores ainda são diagnosticados em estágios muito avançados.

Diante desse contexto, no qual se percebe um atraso em relação ao diagnóstico das neoplasias malignas, o SUS tem sido responsável por criar estratégias de prevenção desta doença, com isso tem se evidenciado um aumento das palestras e campanhas de combate e controle do câncer, estas dão ênfase para os exames de toque, cuidados com a alimentação, realização de atividades físicas e exames feitos regularmente nos postos de saúde.

Conjuntamente as campanhas de prevenção, o SUS tem sido responsável por oferecer várias técnicas que tem por objetivo tratar o câncer já em sua fase avançada. Dentre esses procedimentos, a quimioterapia e a radioterapia estão entre as mais recomendadas, sendo um dos maiores aliados no combate às neoplasias malignas. Nesse sentido, avançar na compreensão dessa doença se torna fundamental para buscar estratégias de prevenção e controle nos serviços públicos de saúde no qual os tratamentos são oferecidos.

Posteriormente se abordará sobre o contexto da política de Saúde no Brasil, no qual será ressaltado sobre o movimento de Reforma Sanitária, sendo este visto como um importante acontecimento que desencadeou algumas mudanças positivas na sociedade, a maior delas tem sido a universalidade do acesso à saúde. A partir desse momento será mencionado a respeito de algumas legislações relacionadas ao SUS e que foram sendo elaboradas nos últimos anos com o objetivo de dar continuidade ao projeto de Reforma Sanitária.

Nesse sentido tem se defendido outros princípios que tem sido responsáveis pela efetivação do SUS e no qual constam na Lei nº 8.080/93, são citados alguns deles: a Integralidade que pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, reforçando a atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos e a equidade que tem por objetivo diminuir as desigualdades sociais considerando as diferentes necessidades da população.

O último tópico que compõe o referencial teórico irá retratar a respeito da atuação do Assistente Social na área da Saúde, no qual compreende a luta por esse espaço sócio ocupacional que historicamente vem sendo ocupado e relacionado a outras profissões como médicos (as) e enfermeiros (as).

Nessa perspectiva, ressalta-se a interdisciplinaridade como sendo uma nova forma de se trabalhar as questões postas no dia a dia. Desta forma, esclarecer as atribuições e competências do assistente social para os demais profissionais da equipe de saúde se torna importante para a autonomia da categoria. Dentre as ações em conjunto deve-se planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde propostas que assegurem a saúde enquanto direito, conjuntamente a isso deve-se avaliar as questões sociofamiliares que envolvam o usuário e/ou

sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe.

A segunda parte irá retratar sobre a atuação do Serviço Social dentro do ambulatório de quimioterapia. Buscar-se-á assim problematizar o cotidiano dos usuários que estão em tratamento quimioterápico através das várias questões que perpassam a gravidade da doença e que dizem respeito às questões sociais dos usuários. Além disso, se mostrará os principais direitos sociais dos portadores de câncer, sendo estes importantes mecanismos para dar continuidade no tratamento quimioterápico.

Desse modo, ao considerar a importância do SUS como um sistema que está inserido em todo território brasileiro, sendo este composto por realidades distintas e controversas, cabe nesse contexto ressaltar a importância da atuação do profissional de serviço social dentro do ambulatório de quimioterapia, uma vez que seu trabalho contribui para a viabilização do acesso dos usuários aos seus direitos sociais.

Por fim se destacará a implementação do projeto de intervenção que pode ser criado e realizado no decorrer do estágio obrigatório I e II entre o ano de 2017 e 2018. Este projeto teve por objetivo esclarecer junto aos usuários algumas das legislações destinadas as pessoas que possuem neoplasia maligna, são alguns exemplos: isenção de impostos, saque do FGTS, PIS/PASEP, tratamento fora do domicílio, auxílio doença, entre outros. Conjuntamente a esses benefícios, existem outras Políticas Públicas que vem sendo criadas nos últimos tempos e que tem facilitado o acesso ao tratamento quimioterápico e que serão expostas no decorrer do trabalho.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE E O CÂNCER: CONCEITOS E VIVÊNCIAS

Com a finalidade de abordar e compreender o avanço do câncer no Brasil será observada a trajetória da doença e os aspectos de sua evolução. Nesse sentido, se abordará a respeito das campanhas de prevenção, sendo estas consideradas como importantes instrumentos de controle, ao mesmo tempo serão elencadas as Políticas Públicas existentes no que se refere ao tratamento pelo SUS bem como os direitos que os portadores de neoplasia possuem.

O tratamento de quimioterapia oferecido pelo SUS tem sido um dos mais importantes métodos indicados para combater o câncer. Além desse procedimento, existem outros recursos terapêuticos como radioterapia e o transplante de medula óssea que tem surgido como alternativas para quem busca a cura de sua doença.

Ainda que as tecnologias referentes ao tratamento contra o câncer tenham avançado nos últimos anos, se percebe que um dos desafios mais importantes para o controle das neoplasias malignas é a disseminação do conhecimento sobre o tema, não só para alguns segmentos sociais, mas para toda a sociedade.

Iniciativas que se propõe a romper com as barreiras do desconhecimento e da desinformação são fundamentais para ampliar a compreensão sobre os mecanismos de desenvolvimento do câncer e suas possibilidades de prevenção e controle.

Conjuntamente aos métodos de prevenção e controle do câncer se percebe a importância de políticas públicas direcionadas a população de baixa renda que estão em tratamento quimioterápico. Nesse sentido o serviço social vem sendo inserido nesses espaços sócios ocupacionais e tem buscado estratégias de enfrentamento da pobreza que vão ao encontro das necessidades mais urgentes de seus usuários.

2.1 O CÂNCER NO BRASIL: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.

O câncer¹ ao longo do tempo foi vivido como sentença de morte, em virtude do desconhecimento sobre essa doença pelos usuários e até mesmo pela medicina. Com isso o medo em torno dessa doença pouco conhecida era frequente entre a população.

¹ Segundo o INCA (Instituto Nacional de Combate ao Câncer) o câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que tem em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Ao dividirem-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis o que facilita a formação de tumores, no qual se caracterizam pelo acúmulo de células cancerosas ou neoplasias malignas.

Segundo Teixeira (2007) a partir de meados do século XX essa situação começou a se modificar, com o avanço da medicina e a invenção de novas tecnologias de prevenção. O diagnóstico precoce foi uma das formas de combate a essa doença que ainda tinha muito a ser estudada pela medicina, o objetivo era saber suas reais causas.

Em concordância com Teixeira (2007), no Brasil, o câncer foi tratado como problema de saúde somente no início de 1920, a partir desse momento se intensificou o interesse médico pela doença. A indagação principal era conhecer a sua incidência nos países e ao mesmo tempo se objetivava, com o reforço desses estudos, salientar que o grau de complexidade e abrangência da doença era muito maior do que mostravam as estatísticas existentes na época.

Conforme Noronha et. al. (2012) algumas mudanças significativas viriam ocorrer na década de 1950, quando se passou a ter uma visão hegemônica, segundo a qual, o seu controle deveria estar vinculado à medicina curativa² de base hospitalar atrelado às ações de educação sanitária com destaque para o diagnóstico precoce e no tratamento especializado.

A partir desse momento, algumas campanhas de prevenção contra o câncer foram ganhando ênfase, como por exemplo, a campanha de combate ao câncer de pulmão. Noronha et. al. (2012) destaca que desde o final da década de 1950, diversas evidências científicas internacionais passaram a vincular a maior incidência de câncer de pulmão ao hábito de fumar. A partir daí, no início dos anos 1970 algumas campanhas antitabaco³ foram ganhando ênfase, estas tinham como objetivo esclarecer à população sobre os malefícios do fumo.

Com a intensificação pelo Ministério da Saúde na prevenção e controle do câncer, ganharam destaque na mídia outros programas, um deles foi à criação do programa Viva mulher- Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero criado em 1997, esse programa teve por objetivo rastrear o câncer do colo de útero, com ênfase na detecção precoce. Noronha et. al. (2012) enfatiza que desde a implementação deste programa se percebeu que a atenção á essas pacientes evoluiu da ênfase na detecção precoce para a concepção de linhas de cuidado. O resultado foi um melhor acompanhamento dessa doença,

² Rocha (1993) esclarece que o campo da Saúde Coletiva continha, até meados dos anos 80, duas correntes principais: uma primeira representada pela Saúde Pública, oposta medicina curativa individual, voltada a problemas da comunidade que exigem uma resposta coletiva e, a Medicina Preventiva, projeto americano de reforma da educação médica, que defendia a medicina integral e a prevenção das doenças pela intervenção na sua história natural.

³ Araújo et. al. (2018) destaca alguns componentes das políticas brasileiras antitabaco: , impostos mais altos sobre produtos do tabaco, alertas de saúde nos rótulos das embalagens de cigarros e proibição do tabagismo em locais públicos.

iniciando pela promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

No início do século XXI, considerando a importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social, a Portaria nº 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica. Destacam-se assim algumas das estratégias que deveriam ser articuladas junto à política nacional de promoção da saúde:

[...] organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos); III - constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, garantindo acesso e atendimento integral; IV - definir critérios técnicos adequados para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que atuam nos diversos níveis da atenção oncológica, bem como os mecanismos de sua monitoração; V - 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, 2005, p. 1)

A partir desse momento ficou designado que essa política deveria ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios.

Nos últimos anos tem se percebido novas campanhas relacionadas ao controle do câncer, é o caso do novembro azul⁴. De acordo com o INCA, no Brasil o câncer de próstata⁵ é o segundo mais comum entre os homens, atrás apenas do câncer de pele-não melanoma. Em valores absolutos e considerando ambos os sexos é o quarto tipo mais comum de câncer.

Outra campanha que merece destaque é o outubro rosa⁶. Em 2018, a campanha do INCA no Outubro Rosa teve como tema "Câncer de mama: vamos falar sobre isso?". O

⁴ O movimento internacional, conhecido como Novembro Azul, é comemorado em todo o mundo, quando teve início o Movember, movimento cujo nome surgiu da junção das palavras moustache (bigode, em inglês) e november (novembro em inglês), na Austrália. A iniciativa se alastrou, sendo adotada por vários países, inclusive o Brasil, como forma de chamar a atenção dos homens para a importância da prevenção do câncer de próstata. Hoje, o movimento já atinge mais de 1,1 milhões de pessoas em campanhas formais em países como Austrália, Nova Zelândia, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Finlândia, Holanda, Espanha, África do Sul e Irlanda. Seu objetivo principal é mudar os hábitos e atitudes do público masculino em relação a sua saúde e seu corpo, incentivando assim, o diagnóstico precoce de doenças como o câncer de próstata. (INCA, 2018, p. 1).

⁵ A doença ocorre quando as células da próstata, glândula localizada próxima à bexiga, começam a se multiplicar de forma desordenada. (INCA, 2018, p. 1).

⁶ Na década de 1990, nasce o movimento conhecido como Outubro Rosa, para estimular a participação da população no controle do câncer de mama. A data é celebrada anualmente, com o objetivo de compartilhar informações sobre o câncer de mama, promover a conscientização sobre a doença, proporcionar maior acesso aos serviços de diagnóstico e de tratamento e contribuir para a redução da mortalidade. (INCA, 2018, p. 2).

objetivo é fortalecer as recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento e o diagnóstico precoce do câncer de mama e desmistificar conceitos em relação à doença. Em relação à campanha:

- Enfatiza a importância de a mulher conhecer suas mamas e ficar atenta às alterações suspeitas;
- Informa que para mulheres de 50 a 69 anos é recomendada a realização de uma mamografia de rastreamento a cada dois anos;
- Mostra a diferença entre mamografia de rastreamento e diagnóstica;
- Esclarece os benefícios e malefícios da mamografia de rastreamento;
- Informa que o Sistema Único de Saúde (SUS) garante a oferta gratuita de exame de mamografia para as mulheres brasileiras em todas as faixas etárias. (INCA, 2018, p 1).

De acordo com o INCA (2018) a Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) compete desenvolver e implementar ações nacionais de promoção da saúde, prevenção, detecção precoce e vigilância do câncer, de forma articulada e integrada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a outros órgãos do Ministério da Saúde (MS), implementando o monitoramento e a avaliação das ações de controle do câncer de modo contínuo e sistemático.

Nesse sentido entende-se que as campanhas de prevenção e controle do câncer são de extrema necessidade diante de um crescente aumento de casos. Ao esclarecer a população sobre os riscos que essa enfermidade pode trazer, se tem por objetivo aumentar a conscientização sobre a doença e levantar fundos para novas pesquisas que envolvam a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a cura.

A detecção precoce se baseia na seguinte premissa: quanto mais cedo diagnosticado o câncer, maiores as chances de cura, a sobrevida e a qualidade de vida do paciente, além de mais favoráveis à relação efetividade/custo. O objetivo é a detecção de lesões pré-cancerígenas ou do câncer quando ainda localizado no órgão de origem, sem invasão de tecidos vizinhos ou outras estruturas. (INCA, 2018, p. 1)

A partir de um estudo feito pelo INCA⁷ onde foi publicado a estimativa para 2018 de Incidência de Câncer no Brasil, mostra que com exceção do câncer de pele não-melanoma, os tipos de câncer mais frequentes serão os cânceres de próstata (68.220 casos novos) em

⁷ O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Essas ações compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica. (INCA, p. 1, 2018).

homens e mama (59.700 mil) em mulheres. Além dos citados, completam a lista dos dez tipos de câncer mais incidentes: cólon e reto (intestino – 36.360), pulmão (31.270), estômago (21.290), colo do útero (16.370), cavidade oral (14.700), sistema nervoso central (11.320), leucemias (10.800) e esôfago (10.970). Estes dados mostram um cenário atual do câncer no Brasil e uma interessante ferramenta para o controle da doença. Desta maneira poderá auxiliar no planejamento de políticas públicas e gestão dos recursos como também faz com que a população tendo conhecimento sobre esses dados, venha adotar hábitos mais saudáveis.

Diante dessa realidade, no qual se percebe um aumento significativo de pessoas que são acometidas por essa doença, se torna importante fazer uma análise das principais causas que tem gerado o aumento de casos de câncer. Muitos estudiosos da área ressaltam a interferência que os hábitos de vida têm em relação ao aumento da incidência de tais enfermidades. Porém eles também ressaltam que os fatores podem estar ligados a causas genéticas.

Segundo Prado (2014) as causas do câncer podem estar associadas a vários fatores, elas podem ser de origem externa ligada ao meio ambiente e aos hábitos e costumes socioculturais, como também podem estar associados a fatores internos, geneticamente pré-determinados e ligados à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. A probabilidade de gerar neoplasias malignas em células normais está relacionada à integração desses fatores.

Portanto uma das principais causas do câncer, pode-se dizer que está relacionado aos hábitos que as pessoas vêm adquirindo ao longo do tempo. De acordo com Prado (2014) quando se trata de uma doença tão complexa como o câncer, a influência de alguns fatores externos como má alimentação, falta de exercícios físicos, excesso de bebidas alcoólicas e o tabagismo, por exemplo, podem intensificar o processo da doença. Sendo assim, em muitos casos a saúde está mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à ideia predominante da sua determinação genética e biológica.

Observa-se que um dos desafios mais importantes para o controle e prevenção do câncer é a disseminação do conhecimento sobre o tema, tanto para os profissionais da área da saúde, como para todos os segmentos da sociedade. Logo, entende-se, que as alterações dos hábitos de vida dos usuários visando hábitos mais saudáveis aliados às políticas públicas de combate ao câncer podem ser consideradas atitudes importantes no que refere a prevenção e diminuição do câncer no Brasil.

Os debates em torno do câncer tem sido importantes, pois eles propõem romper com as barreiras do desconhecimento e da desinformação, objetivando-se assim ampliar a

compreensão sobre os mecanismos de desenvolvimento do câncer e suas possibilidades de prevenção e controle. Sendo assim fica explícito no art. 19 da Política Nacional de Combate ao câncer.

Constitui-se princípio da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o estímulo à formulação de estratégias de comunicação com a população em parceria com os movimentos sociais, com os profissionais da saúde e outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e sobre as diversas diretrizes de prevenção e controle e a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo. (Ministério da Saúde, 2013, p. 1).

Paralelamente ao avanço das campanhas de combate ao câncer que vem ocorrendo nos últimos anos, se percebe um avanço no que diz respeito às tecnologias utilizadas no seu tratamento. Compreende-se que essas tecnologias se aperfeiçoaram devido ao aumento da incidência dessa doença que exige cada vez mais tecnologias complexas para o tratamento dos mais variados tipos de câncer.

De acordo com dados obtidos pelo INCA, o combate ao câncer pode ser feito através de alguns procedimentos, que envolvem a tecnologia atual, são eles: cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. Em muitas situações, é necessário combinar mais de um procedimento. A radioterapia é um tratamento no qual se utilizam radiações para destruir um tumor ou impedir que suas células aumentem. Já a quimioterapia é um procedimento onde são utilizados medicamentos para combater o câncer, eles são aplicados na veia, podendo também ser dados por via oral.

De acordo com o Inca (2017) as desigualdades regionais e sociais no acesso e na qualidade da atenção em saúde representam, para os usuários do sistema, em muitos casos, a impossibilidade do acesso ao diagnóstico precoce e a chance de realizar um tratamento curativo.

O elevado tempo de espera para a realização dos exames diagnósticos e para o início do tratamento podem produzir consequências graves para as pacientes, como a diminuição das suas chances de cura e do tempo de sobrevivência. Além disso, um tratamento realizado tardiamente traz prejuízos à qualidade de vida; pois requer abordagens mais agressivas, necessidade de utilização de múltiplas modalidades terapêuticas, e resulta na sobreposição de sequelas. [...]. (CESSE, 2015, p. 24).

Levando em consideração os agravos à saúde decorrentes do tratamento tardio contra o câncer, percebe-se um avanço no que refere a agilização do tratamento nos serviços

públicos de saúde. Desta forma a Lei nº 12.732 dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, assim como se afirma:

Art 2. O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. (BRASIL, 2012, p.1).

Segundo o Ministério da Saúde através da Política Nacional de Atenção Básica (2006) o Estado tem o dever de oferecer condições que promovam um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que envolva a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2016) a promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado completo de bem estar físico e mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

Nesse contexto as práticas profissionais voltadas para que haja um sistema integro, ou seja, um conjunto de ações que vão desde a prevenção à assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade, deve ir de encontro com as necessidades dos usuários que possuem demandas específicas. Para tanto, foi criada a Política Nacional Prevenção e Controle do Câncer (2013) que:

Tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 1).

Sendo assim, compreende-se que por trás de todo tratamento de uma doença como o câncer, existem outros aspectos que vão além dos físicos e que envolvem a saúde dos usuários. Nessa compreensão é preciso levar em conta os sintomas de caráter social, psicológico, cultural, econômico e espiritual, estes devem ser relevados e tidos como importantes para o usuário que se encontra em tratamento contra o câncer.

Nesse contexto importa ressaltar todas as questões que envolvem o câncer, desde sua prevenção, tratamento e em últimos casos os cuidados paliativos. Desta forma, um conceito para cuidado paliativo seria:

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (OMS, p. 1, 2002.)

Othero (2016) observa que na atualidade o retrato do câncer tem se mostrado complexo e desafiador, desse modo os cuidados paliativos se apresentam como uma forma inovadora de assistência na área da saúde e vêm ganhando espaço no Brasil na última década. Diferencia-se da medicina curativa por focar no cuidado integral, através da prevenção e do controle de sintomas, para todos os pacientes que enfrentem doenças graves, ameaçadoras da vida. Esse conceito se aplica, de fato, ao paciente e seu entorno, que adoece e sofre junto, familiares, cuidadores e também a equipe de saúde.

Arantes (2018) ainda ressalta que o cuidado paliativo contribui para o conforto dos usuários acometidos com neoplasia quando estes não tem mais perspectiva de recuperação, ou seja, embora algumas alternativas de tratamento não surjam mais efeitos, mesmo assim deve-se buscar amenizar o sofrimento em todas as suas dimensões: físico, emocional, social e espiritual. Portanto se trata de uma forma mais humanizada de encarar a doença na sua totalidade e não apenas na sua forma física.

Em vista disso, é nesse momento de maior fragilidade dos usuários no qual são submetidos a medicações pesadas e cuidados redobrados com sua saúde, é que os profissionais da saúde devem buscar maneiras de amenizar a dor física daquele paciente, porém a equipe hospitalar também deve possuir uma assistência que de comodidade para os usuários, essa assistência se faz na forma de escuta, acolhida e encaminhamentos, para que estes possam vir a ter uma maior tranquilidade e conforto nesse momento sofrimento.

Portanto, infere-se que diante desse cenário no qual o câncer é tido como uma das principais causas de morte no mundo se torna inevitável não trata-lo em toda sua relevância. São necessárias políticas públicas que incentivem a prevenção e o controle dessa doença, da mesma maneira que é fundamental se ter uma rede de saúde mais humanizada, que enxergue os usuários além dos aspectos biológicos.

2.1 O CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

No decorrer da história do Brasil, a política de saúde passou por inúmeros avanços e retrocessos no que diz respeito a sua estruturação, gestão e cobertura. De acordo Paiva (2014) a década de 1970, foi marcada por uma decadência de prosperidade econômica e social que se iniciou no pós-guerra. Essa decadência do ciclo de prosperidade econômica repercutiu na expansão do chamado estado de bem-estar social.

Concomitante a isso, a nova forma de pensar a saúde compreendia a busca de aumento da cobertura dos serviços. Nesse momento também se registrava o aumento das críticas à medicina curativa centrada na instituição hospitalar e no uso crescente de tecnologias complexas.

Bravo (2013) ressalta ainda, que é nesse contexto de crise ampliada, nos anos 1970, que se situam as bases para o chamado neoliberalismo⁸ que implementaria um projeto autoritário de políticas centradas no corte dos gastos públicos e dos programas sociais ao mesmo tempo em que se ve a deterioração das propostas social-democratas.

Segundo Paiva (2014) no contexto brasileiro, esses debates em torno da saúde ocorreram em um cenário de grandes transformações políticas e sociais. Entende-se que nesse momento a atenção para as necessidades epidemiológicas e de atenção à população eram sentidas por todo país, a falta de recursos que carecia os serviços de saúde constituir-se-á em uma das problemáticas mais urgentes a ser enfrentadas para o bom funcionamento do sistema de saúde brasileiro contemporâneo.

Da mesma maneira, nessa época no campo político ficou marcado por um momento de grande repressão, onde a censura era vista por todos os lados, contudo foi aos poucos que o processo de abertura democrática foi sendo visto. A conquista da democracia em 1985 promoveu o início de algumas mudanças no contexto brasileiro, com a abertura democrática foi possível a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano seguinte. Com esse evento não só se estabeleceu o reconhecimento da saúde como um direito de todos, mas também como um dever do estado. Paim (2007).

Conforme Paim (2007) a 8ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986 tinha como uma de suas pautas a recomendação da reorganização de um sistema único de saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para a união, estados e municípios)

⁸ Para Raichelis (2013) a conjuntura que se apresentava no final da década de 1970 foi marcada pela adoção de políticas neoliberais de desregulamentação e flexibilização do trabalho e dos direitos trabalhistas e sociais, que afetaram profundamente o campo das políticas sociais. Entende-se que quem se beneficia com este tipo de política neoliberal são somente as grandes potências econômicas, os países pobres como o Brasil por exemplo, tem sofrido com os resultados de uma política neoliberal. São reflexos do neoliberalismo: desemprego, baixos salários, aumento das diferenças sociais e dependência do capitalismo internacional.

e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação).

A partir daí, as mudanças positivas que ocorreram e que estavam voltadas para a saúde puderam propiciar uma democratização da vida social somada a uma Reforma Democrática do Estado, ou seja, esse processo ficou conhecido como Reforma Sanitária⁹.

As principais vertentes do movimento sanitário foram: o movimento estudantil e do Cebes (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde). Estes difundiram a teoria da medicina social no qual discutiam a democratização da Saúde, pois entendia-se que todo cidadão tinha direito a Saúde e não apenas aqueles que contribuíam para a previdência social. Paim (2007).

Matos (2013) ainda destaca que o projeto da reforma sanitária tem a sua origem na negação da política de saúde historicamente tratada no país e agravada na ditadura militar. Entende-se que nas suas origens, há duas grandes características, uma entendida como acesso a serviços disponíveis na sociedade brasileira, mas usufruída por uma minoria e a constituição de um serviço público e estatal, com acesso universal.

Nesse sentido, passado alguns anos da Reforma Sanitária, Paim (2007) analisa a reforma em níveis diferenciados, caracterizando o evento simultaneamente como uma ideia, uma proposta e um movimento. Segundo ele, embora o movimento sanitário não tenha conseguido executar a reforma esperada, no sentido de transformar as condições de saúde e a própria sociedade, ele contribuiu para a difusão da noção do direito à saúde, auxiliando assim para a reforma democrática do Estado.

Silva (2014) aponta ainda que é preciso fazer algumas modificações necessárias no setor da saúde, porém elas vão além de uma reforma financeira e administrativa. É preciso uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional.

A Organização Mundial de Saúde (2018) define saúde não apenas como a ausência de doenças, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Ou seja, a saúde não pode ser definida apenas ao corpo físico, mas sim está relacionada a questões mais amplas que envolvam o equilíbrio emocional, inclusão social, as relações entre os seres e o equilíbrio socioeconômico.

Partindo dessa definição, entende-se que a saúde não deve ser vista apenas como ausência de doenças, mas sim está inteiramente ligada com a qualidade de vida dos usuários.

⁹ A reforma Sanitária, enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8 ° CNS e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária. (PAIM, p. 151, 2007).

E isso implica o modo como as pessoas vivem, as condições sanitárias que estão expostas, a acessibilidade aos serviços de saúde, o acesso a medicamentos e uma moradia adequada. Ou seja, o acesso a bens e serviços essenciais para a vida.

Nesse sentido a política de saúde no qual é regulamentada pela Lei orgânica de Saúde (LOS), n.º 8.080/90 estabelece em seu art. 3.º :

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990, p. 1).

Essa lei regula as ações e serviços de saúde no âmbito do SUS em território nacional, integra uma rede regionalizada, hierarquizada, organizados a partir dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde.

De acordo com o Pnud (Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento), órgão que pertence a Organização das Nações Unidas (ONU), foi realizado um estudo para o ano 2018, que destaca os índices de pobreza no mundo todo. O índice de Pobreza Multidimensional classifica como pobre qualquer indivíduo privado de pelo menos três de um total de 10 indicadores considerados importantes para se ter qualidade de vida: nutrição, baixa mortalidade infantil, anos de escolaridade, crianças matriculadas em escolas, energia para cozinhar, saneamento, água, eletricidade, moradia digna e renda.

Segundo o Pnud (2018), quanto maior o número de indicadores, mais grave é a situação. O estudo aponta que cerca de 1,3 bilhão de pessoas vivem em situação de pobreza no mundo, quase um quarto da população dos 104 países para os quais o Índice de Pobreza Multidimensional é calculado. O número representa uma leve melhora ao divulgado em 2017, no qual 1,324 bilhão de pessoas viviam na pobreza.

Diante do exposto, percebe-se que usufruir de uma saúde de qualidade que vá ao encontro das necessidades da população é uma das tarefas que mais tem gerado discussões na atualidade. O bem-estar, destacado pela OMS pode ser entendido diante da atual conjuntura, na qual ainda muitas famílias sofrem com a escassez de recursos básicos para sobreviver, não somente como um conceito, mas sim como um desafio, uma meta a ser alcançada.

Vasconcelos (2012) ressalta que é responsabilidade do Estado investir em políticas públicas, porém o que vem ocorrendo é uma exclusão em relação ao acesso pelos usuários aos benefícios, consequências do neoliberalismo, rompendo assim com o que está garantido na

Constituição Federal, principalmente no que se refere à saúde, assistência e previdência, constantes em lei como direito do cidadão e dever do Estado.

Nesse sentido Villela et al (2010) acrescenta a esta discussão sobre o que viria a ser saúde. Ele destaca que apesar da saúde estar relacionada a um correto funcionamento corporal, isso não é tudo, pois existem outros aspectos que a técnica, como está concebida hoje, não consegue alcançar, assim ele afirma :

Muitas vezes, a cura de uma doença não é capaz de reintegrar o paciente nas relações sociais que antes possuía, como no caso de um paciente impossibilitado de retornar ao seu trabalho, devido a procedimentos cirúrgicos na coluna. Ainda que esses procedimentos tenham sido bem sucedidos, se ele sofrer com a nova restrição e se esse sofrimento o impedir de continuar uma nova vida, podemos dizer que a sua saúde continua debilitada. (VILLELA, 2010, p. 229).

Villela et al (2010) agrega ainda aos argumentos apresentados uma crítica a medicina curativa onde entende que o fato de curar não pode ser definido como saúde, mas no máximo recupera-la. Ainda assim, essa recuperação não pode ser restrita às inovações técnicas e práticas das diversas artes de curar, pois entende-se que nenhuma técnica é capaz de abarcar a totalidade da saúde.

Isto posto, infere-se que não existe um conceito exato para o termo saúde. Porém, devido as variações histórico-culturais pelas quais a sociedade vem passando, a saúde pode ser vista como reflexo da conjuntura social, econômica e cultural de determinada organização social.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo aos seguintes princípios, como é destacado:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; IV-regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. (LOS, Art. 7).

Matos (2013) evidencia que a universalidade é compreendida como a defesa de que todos independentemente de contribuição financeira ou não, tem direito aos serviços públicos de saúde. Logo entende-se que o SUS é universal e não pode ser somente acessado

por uma pequena parcela da população, restringir o seu acesso, significa negar um dos direitos fundamentais inerentes ao ser humano, a saúde.

Pontes et. al. (2009) acrescenta ainda, que antes da Constituição Federal de 1988 o acesso a saúde era restrito somente aos indivíduos segurados à previdência social que hoje faz parte da seguridade social¹⁰ ou aqueles que eram atendidos na rede privada. Com a ampliação da cobertura, flexibilizou-se o acesso aos benefícios para os trabalhadores rurais, reconheceu-se a Assistência Social como política pública não contributiva e se consolidou a universalização do atendimento a saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Portaria GM nº 1.820/09 Art. 3º, dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, isso implica o direito ao tratamento adequado, com qualidade e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado.

I - atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento; II - informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível quanto a: III - toda pessoa tem o direito de decidir se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde; IV - registro atualizado e legível no prontuário; VII - recebimento, quando prescritos, dos medicamentos que compõem a farmácia básica e, nos casos de necessidade de medicamentos de alto custo deve ser garantido o acesso conforme protocolos e normas do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2009, p. 5).

Nesse sentido, a Portaria GM nº 1.820/09 estabelece que “ toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. ” (BRASIL, 2009, p.10).

Busca-se assim ampliar o entendimento do que vem a ser uma política de saúde mais humanizada, onde os diversos profissionais da área da saúde possam desenvolver ações que visem uma melhor qualidade de vida para os usuários. Assim como expõe a PNH (Política Nacional de Humanização) na qual estabelece:

¹⁰ De acordo com dados do Conselho Nacional de Saúde (2018) a defesa do SUS é fundamental para garantir o equilíbrio da seguridade social, no qual é composta pelo tripé: saúde, previdência e a assistência social. Compreende-se hoje a seguridade social de enorme importância para concessão de garantia de direitos aos brasileiros e brasileiras. Contudo, as conquistas por investimentos na área da saúde só poderão ser atingidas com a garantia de um financiamento adequado ao SUS, somente assim poderá haver uma saúde pública de qualidade e democrática.

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde. (PNH, 2009, p. 5).

Assim, a PNH se caracteriza como uma nova forma de se enxergar a saúde, essa política parte de uma proposta do SUS que da certo, enaltecendo a importância da criação de vínculo entre os usuários, famílias e comunidade com a equipe local de saúde e com alguns profissionais que lhe sirvam de apoio e de referência técnica. Busca-se com a implementação desta política uma construção de vínculos que deve partir de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe.

Entende-se que a PNH foi criada no ano de 2003 como uma forma de efetivar os princípios do SUS, ela tem como objetivo se inserir no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. No entanto esta política possui alguns desafios pela frente, no que se refere a sua implementação, como é destacado:

O SUS tem inúmeros desafios a enfrentar para consolidar seus princípios e avançar como política pública universal e equânime, acessível e resolutive. Entre eles, podemos destacar a questão do financiamento insuficiente do setor saúde, a não-priorização efetiva dos investimentos na atenção básica, a precarização do trabalho em muitos lugares, os modos de se produzir a atenção e gestão. (PNH, 2009, p. 13).

Para os representantes do CNS (Conferência Nacional de Saúde) a Política Nacional a defesa do SUS deve ser um projeto de nação que tenha como pilares a soberania nacional e a democracia, isso inclui lutar contra qualquer ameaça ou retrocesso na saúde e ampliar a participação da sociedade.

Portanto a defesa de uma saúde que priorize a maioria das necessidades da população requer uma participação mais efetiva do governo que é responsável pela implementação e efetivação das políticas de saúde, como também uma presença maior da sociedade nos Conselhos de Saúde onde é um espaço de debate, formulação e avaliação das políticas de saúde.

Desta maneira, a lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), nas instâncias colegiadas, nos conselhos de saúde e conferências de saúde. De acordo com Art. 1º desta lei, fica designado que :

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990, p. 1).

Rolim et al (2013) considera o controle social uma importante ferramenta de democratização das organizações, busca-se adotar uma série de práticas que efetivem a participação da sociedade na gestão. Ao transferir poderes a seus representantes, o cidadão define uma carga de participação da sociedade nas decisões sobre as políticas públicas, ressaltando que estes responderão não apenas aos interesses pessoais e sim do coletivo.

Em relação à construção do direito a saúde, de acordo com Souza (2014) só foi possível num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecer uma ruptura com as desigualdades e as injustiças das relações sociais, onde pode ser reconhecida como bem-estar, satisfação, bem coletivo e individual. Porém as lutas pela Reforma Sanitária e a construção do SUS seguem numa agenda inconclusa.

Devido as privatização¹¹ das políticas sociais e a política de saúde em particular, que vem sendo implementadas na sociedade nas últimas décadas, se percebe alguns obstáculos para a concretização do SUS, as privatizações na área da saúde, tem sido responsáveis pela fragmentação das propostas dos SUS, fortalecendo assim os projetos neoliberalistas.

Bravo (2018) ainda destaca que as contrarreformas que vem sendo feitas na política de saúde vem ganhando força nos últimos anos com justificativa de que existe uma crise de Estado, quando na verdade o que ocorre é um grande interesse de grupos econômicos pela saúde em busca por lucros em um movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos.

Nesse sentido, depende-se que a atual conjuntura põem em risco os direitos que foram adquiridos nos últimos anos na área da saúde. Percebe-se hoje um conflito entre os dois projetos, o da reforma sanitária que defende o acesso das pessoas a uma saúde pública e de qualidade e o projeto privatista advindo do neoliberalismo que impõem a privatização da saúde por empresas privadas.

¹¹ A privatização das políticas sociais e a política de saúde em particular, já advêm desde os tempos da ditadura militar, em fluxo contínuo, apesar de passar por alguns (breves) momentos de recuo (ou certo controle/intervenção do Estado). No mundo contemporâneo, da fase financeirizada do capital, com um governo “terceirizado” e de refluxo dos movimentos sociais (com a reestruturação produtiva: desemprego, trabalho precário, a terceirização, a retirada de direitos trabalhistas, previdenciários, a despolitização da sociedade, a criminalização dos movimentos sociais, como também a burocratização de alguns), ou seja, entre outras razões, pelo acirramento das expressões da questão social, estas políticas estão perdendo suas possibilidades de cumprirem seu papel constitucional. (OLIVEIRA, 2018, p. 46).

Assim, o peso da crise da acumulação é transferido para os trabalhadores. Nesta direção, tem-se o comprometimento de seus direitos através de propostas de contrarreformas (Trabalhista, da Previdência Social, Terceirização Irrestrita, Novo Regime Fiscal- que congela por vinte anos os gastos públicos, entre outros). (BRAVO, 2018, p. 12)

Machado (2017) aponta que o Brasil expressa de forma contundente as tensões na construção de um sistema universal em um país capitalista periférico extremamente desigual. Desta maneira se estabelece uma situação contraditória, de um lado existe um sistema público de dimensões expressivas, baseado na diretriz da universalidade. Ao mesmo tempo que se estabelece uma ascensão de mercados privados e dinâmicos, que disputam os recursos do Estado e das famílias, dificultando assim a consolidação de um sistema de saúde único e igualitário, reforçando assim a estratificação e as desigualdades sociais.

Diante disso, depende-se que o acesso a uma saúde de qualidade, atualmente não é disponível a todos dos homens, desafios enormes se colocam às instituições de saúde e governos locais no que se refere às políticas públicas de assistência a saúde. Atrelado a isso existe um fortalecimento de ideias neoconservadoras e neoliberais em um momento de instabilidade econômica e política, com ameaças à democracia brasileira e sérios riscos de retrocessos nas conquistas que vem sendo alcançadas na área social e na saúde .

2.3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE.

De acordo com Bravo (2013) o Serviço Social é apresentado no Brasil como resposta à questão social que precisaria ser enfrentada pelo Estado, diante da expansão do capitalismo em um contexto mundial. Essa profissão começou a ganhar visibilidade entre o final do século XIX e início do século XX.

Segundo a autora esse novo sistema de produção chamado capitalismo monopolista começa a criar estratégias para atender aos efeitos das contradições criadas por ele mesmo, conforme a questão social foi ganhando maior visibilidade, o antigo modelo de assistência que era baseado na caridade e filantropia foi se tornando insuficiente para atender a maioria dos problemas da população, o Estado então, se apropria da assistência social em uma conjuntura de crise econômica e crise de hegemonia.

O Serviço Social, na área da Saúde, no século XIX, na Inglaterra especialmente, tinha uma preocupação com os problemas sociais e emocionais dos pacientes, entendia-se que as condições de vida de quem estava enfrentando determinada enfermidade

poderiam influenciar na sua recuperação. Contudo, as atividades que eram desenvolvidas não tinham uma profundidade que as desse sentido. Dessa forma predominavam as atividades paternalistas, assistenciais, na perspectiva setorializada e focalista. Ou seja, esse tipo de atitude que os profissionais exerciam não permitia uma visão mais ampla da realidade, conseqüentemente não alteravam de forma significativa os problemas sociais que eram vivenciados naquela época. Bravo (2013).

Entende-se que essas ações que eram praticadas no início de sua sistematização, não tinham um suporte teórico, baseavam-se apenas em necessidades imediatas dos pacientes.

Simões (2008, p. 481) assinala que a profissão de assistente social surgiu, em nosso país, "a partir de ações sociais de inspiração católica, crescendo com a intervenção estatal ou privada, especialmente a partir dos anos 1940." Até a década de 1960, o Serviço Social possuía características conservadoras que passaram a ser questionadas a partir de então.

Vasconcelos (2012) destaca que no final da década de 1970 ganha destaque o movimento pela democratização da saúde no qual envolveu vários segmentos da sociedade, entre eles estão os intelectuais/profissionais da saúde, movimentos sociais e estudantes. A partir desse momento, puderam-se criar condições para a construção do projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Esse movimento teve como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita a dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde. (VASCONCELOS, 2012, p. 78).

Alguns anos depois, a partir das discussões e da organização desses sujeitos coletivos, ocorreu a preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Ali foram aprovadas as propostas da Reforma Sanitária, que atendeu, em grande parte, as reivindicações do movimento e desdobrou-se em avanços expressivos no setor da Saúde (BRASIL, 2011).

Desta forma Vasconcelos (2012) destaca que foi nessa conjuntura que o Serviço Social pode avançar para a concretização de um processo de ruptura com as práticas conservadoras "e com isso criar um projeto e uma prática profissional vinculado a um projeto social radicalmente democrático, comprometido com os interesses históricos da massa da população brasileira." (VASCONCELOS, 2012, p. 96).

O serviço social sendo uma profissão regulamentada pela Lei 8.662/93, com seu exercício profissional normatizado pelo Código de Ética Profissional possui um caráter social significativo dentro das políticas públicas.

De acordo com Guerra (2017) o Assistente Social dentro da área da Saúde têm feito e planejado suas atividades simultaneamente a ação de outros profissionais. Sua atuação requer entender o espaço onde o exercício profissional se realiza e analisar de que forma as demandas chegam até o serviço social.

Nogueira (2011) salienta que a preocupação com as ações do assistente social na área da saúde não é recente e tem sido estudados por pesquisadores e assistentes sociais nos últimos 10 anos. Segundo o autor, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), exigiu desses profissionais novas habilidades e novas práticas para responder de forma competente as demandas dos usuários e do próprio sistema nos demais espaços ocupacionais do setor. Assim como se afirma:

A inserção profissional nos quadros funcionais municipais, ou em equipes multiprofissionais ligadas a estratégia da saúde da família, saúde mental, urgências e emergências hospitalares, entre outras, demandou um esforço analítico para qualificar teoricamente as respostas oferecidas por parcelas da categoria vinculadas profissionalmente ao vasto, complexo e diverso campo da saúde. (NOGUEIRA, 2011, p. 47).

Junto a isso, como afirma Nogueira (2011) constata-se um duplo movimento no setor saúde. De um lado, a dimensão social da saúde vem sendo ressaltada, onde pode ser percebida pela ampliação do número de assistentes sociais contratados pelos municípios, como também na expansão de residências multiprofissionais atendendo aos diversos campos de conhecimento e práticas vinculadas à saúde. Em contrapartida, e contrapondo-se à relevância do social na saúde, solidifica-se o modelo hegemônico dominante até hoje, no qual se caracteriza pela definição de equipes interdisciplinares unicamente com médicos e enfermeiros e as altas diferenças salariais que consagram um trato valorativo diferenciado entre os integrantes das equipes.

Segundo os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), as ações que o assistente social desenvolve devem sempre ser bem especificadas para os demais profissionais a fim de ter uma interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser adotada na saúde. Desta forma, compreende-se que o Serviço Social deve estar articulado com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e com isso formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde.

Nesse sentido, infere-se que o trabalho do serviço social que tem como eixo norteador o projeto ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da

Reforma Sanitária. Com base nisso, entende-se que pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; (CFESS, 2010, p. 30).

Além dessas ações o assistente social inserido na área da saúde, deve tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores da saúde nas decisões a serem tomadas bem como deve efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de fortalecer a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados. (CFESS, 2010).

Na operacionalização dos serviços sociais destacam-se: a entrevista¹², a socialização de informações¹³, os encaminhamentos¹⁴ para outros serviços institucionalizados, aconselhamento individual¹⁵, a identificação¹⁶ e classificação das condições socioeconômicas

¹² Nas ações de caráter individual prevalece o uso da entrevista como um dos principais instrumentos e o desenvolvimento de vários procedimentos interventivos: o assistente social recebe os usuários, seja através de demanda espontânea, seja por meio de encaminhamentos internos ou externos à instituição. (GUERRA, 2017, p. 82).

¹³ Os profissionais viabilizam orientações sobre direitos trabalhistas, previdenciários e sobre as questões jurídicas que possam facilitar a vida laborativa e familiar o usuário. (GUERRA, 2017, p. 87).

¹⁴ Os encaminhamentos possuem um aspecto técnico muito importante, ele se materializa em um formulário assinado pelo assistente social em papel timbrado da instituição de origem, para que a tentativa de inserção e/ou expansão do acesso ao serviço seja institucionalizada. (GUERRA, 2017, p. 87).

¹⁵ Em alguns programas sociais, os assistentes sociais utilizam-se do aconselhamento individual, abordando informações sobre prevenção e tratamento de doenças, situações de violência, e, inclusive a escuta sobre problemas enfrentados pelos portadores de doenças e prestando apoio e estímulo para que eles enfrentem essas dificuldades. (GUERRA, 2017, p. 86).

¹⁶ A inclusão/exclusão dos usuários nos critérios para recebimento de serviços e/ou bens essenciais depende da definição de um grau de necessidade/carência a ser verificado através do levantamento das condições de renda e de vida. (GUERRA, 2017, p. 82).

e funcionais para a permanência do usuário na instituição e para a viabilização de benefícios assistenciais, entre outras.

Desta forma, os encaminhamentos que são feitos pelo serviço social são específicos da sua área, não podendo assim outro profissional ter essa atribuição. São esses encaminhamentos que o diferenciam do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores da área da saúde. Entende-se que a equipe ao exercer um trabalho interdisciplinar, não só contribui para um melhor atendimento aos usuários, como também desempenham uma maior interação entre o grupo hospitalar, que acaba refletindo diretamente no ambiente de trabalho.

Iamamoto (2002, p. 41) declara que “é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. Conforme a autora ressalta, as diferenças que existem entre a equipe profissional, onde cada um exerce um papel distinto, devem ser avaliadas como positivas, pois, são elas que permitem conferir uma maior uniformidade a equipe.

Nesse sentido, conforme os Parâmetros para Atuação do Serviço Social na Saúde (2010), um dos eixos que o assistente social atua na área da saúde seria o atendimento direto aos usuários¹⁷. As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais¹⁸, as ações socioeducativas¹⁹ e as ações de articulação interdisciplinar. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis.

As ações de articulação interdisciplinar se caracterizam pelo trabalho que o Serviço Social realiza com outros profissionais do âmbito hospitalar. A interdisciplinaridade se realiza através do trabalho em grupo, este merece ser refletido de maneira que as atribuições do profissional de Serviço Social fiquem especificadas e divulgadas para os demais profissionais.

¹⁷ O atendimento direto aos usuários se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal. (CFESS, 2010, p. 41).

¹⁸ Essas ações têm-se constituído como as principais demandas aos profissionais de Serviço Social. Segundo Costa (2000), a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. (CFESS, 2010, p.42).

¹⁹ Essas ações consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática. (CFESS, 2010, p. 41).

Diante das considerações apresentadas, destacam-se algumas ações de articulação dos assistentes sociais na equipe de saúde:

- esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde;
- elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- avaliar as questões sociofamiliares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe [...]. (CFESS, 2010, p.53).

Vasconcelos (2012) observa o campo da saúde como um das áreas de atuação para o assistente social que mais exigem competência e aperfeiçoamento constante. Isso se explica pelo fato desse espaço possuir inúmeros usuários com doenças e questões complexas que demandam uma atenção maior de todos os profissionais envolvidos.

Conforme afirma Simão et al (2010) estar preparado para trabalhar com questões complexas dentro de uma unidade de saúde requer uma base de conhecimentos que são adquiridos durante a vida acadêmica. Porém, os espaços que são oferecidos para os estudantes que tratam das questões relacionadas às doenças terminais e a morte são limitados.

Sem dúvida, os espaços ocupacionais que o assistente social se depara, estão cheios de desafios profissionais a serem enfrentados, trabalhar com questões sociais que envolvem a qualidade de vida dos usuários, necessita compreender o contexto que estes vivem, sempre analisando as condições de vida que os permeiam. Como afirma a seguinte autora:

Aos assistentes sociais não cabe somente pensar a realidade social, mas, em capturando no seu movimento as tendências que ele porta, projetar e imprimir ações objetivando ampliação e universalização de direitos, ações que possibilitem caminhar na direção social pretendida, nesse caso, uma transformação social que priorize os interesses da maioria. (VASCONCELOS, 2012, p. 128).

Desta forma entende-se que atuação do assistente social está voltada diretamente à viabilização dos direitos sociais. Os usuários, ao reconhecerem seus direitos, ficam responsáveis por buscarem suporte na rede de seu Município que sejam condizentes com as demandas apresentadas naquele momento.

3. ANÁLISE DOS DADOS E AS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS:

Apresenta-se na sequência a experiência vivenciada durante a realização do estágio supervisionado I e II em Serviço Social, no Hospital Universitário de Santa Maria, no setor de quimioterapia, que compreende o período o 2º semestre de 2017 até o 1º semestre de 2018. Durante a realização do mesmo foi observada a atuação da assistente social dentro da instituição, bem como a rotina de serviços prestados e os instrumentais utilizados.

Percebeu-se a relevância da atuação da prática profissional no qual possibilitou perceber as condições específicas do setor, que inclui as condições socioeconômicas, sanitárias e culturais do contexto individual e familiar em que os usuários portadores de neoplasia estão inseridos. Essas condições puderam ser observadas através de entrevistas, diálogos e encaminhamentos, tendo como objetivos contextualizar o meio, e o perfil em que o usuário está inserido.

Durante esse período, buscou-se em conjunto com a supervisora de campo e o supervisor acadêmica analisar o campo de atuação que o Serviço Social está inserido e a partir disso discutir as possibilidades de intervenção naquela unidade, resultando assim no projeto de intervenção. Somado a isso se pode acompanhar o trabalho multiprofissional no qual se percebe de grande importância para dar continuidade ao trabalho do Serviço Social bem como se ter um entendimento maior da área de atuação de cada profissional.

O ambulatório de quimioterapia é caracterizado como um importante espaço para o tratamento de doenças cancerígenas no qual envolve o trabalho de vários profissionais da área da saúde. Com base nisso, foi escolhido este setor para a realização do Projeto de intervenção e do estágio, pois, no mesmo, observaram-se grandes demandas para o Serviço Social.

Realizaram-se, nesses espaços, os atendimentos de crianças, adolescentes, adultos e idosos com idades entre 0 e 90 anos, em tratamento quimioterápico. Esses usuários são oriundos tanto da zona urbana quanto da zona rural que compõem a 4ª e 10ª coordenadoria regional de saúde. A partir da análise do perfil dos usuários onde a assistente social atua conforme as demandas apresentadas, foram desenvolvidas ações que consistem em executar o acolhimento, escuta orientação, relatórios, busca ativa e encaminhamentos.

Durante a realização do estágio supervisionado em Serviço Social I e II, por meio dos diários de campo, análise institucional e relatório final de estágio, requisitos parciais para aprovação, observou-se a atuação do assistente social no contexto hospitalar, bem como seu papel frente às questões sociais. Estando o Serviço Social inserido em um hospital público tem como desafio observar a realidade imposta e a partir disso conjuntamente a outros

profissionais atuar de forma ética e resolutiva, tendo compromisso com a população que demanda pelos serviços do Hospital Universitário de Santa Maria.

3.1 O HUSM ENQUANTO CAMPO DE ESTÁGIO DO SERVIÇO SOCIAL.

O HUSM nasceu de uma vontade do fundador da Universidade Federal de Santa Maria, José Mariano da Rocha Filho, que já avaliava a possibilidade, em 1960, de ter um hospital-escola na Cidade Universitária. Porém entre a ideia inicial, e a concretização desse hospital, houve muito empenho de todos até chegar à estrutura que temos hoje.

Em 1959, o Hospital escola iniciou suas atividades como Hospital Regional de Tuberculose, em Santa Maria, ficava localizado na Rua Floriano Peixoto, no centro da cidade. Em 1970, esse hospital se transformou no Hospital Universitário Setor Centro. Somente no dia 1º de julho de 1982, o hospital foi transferido para o campus da Universidade Federal de Santa Maria situado no bairro Camobi. Logo após a mudança foi transferindo-se aos poucos os equipamentos e os pacientes. No dia 18 de julho, iniciaram-se as internações no Hospital Universitário de Santa Maria.

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) representa hoje um hospital referência em ensino para os estudantes, onde estagiam e fazem residência multiprofissional. Dentre os cursos estão: medicina, serviço social, fisioterapia, enfermagem, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição dentre outros. Também trabalham ali diversos profissionais contratados pela EBSEH e funcionários terceirizados. A principal finalidade é a formação profissional, esta é feita através do desenvolvimento do ensino, a pesquisa e a extensão por meio da assistência à comunidade na área da saúde.

Hoje o HUSM é considerado um dos melhores hospitais públicos com o único Pronto-Socorro a atender, unicamente pelo SUS no interior do Estado e abrange uma população de 1,2 milhões de habitantes. Por toda sua abrangência que proporciona em ensino e aprendizagem para a comunidade em geral, há mais de 30 anos o HUSM é considerado referência no atendimento de urgência e emergência para a população de 45 municípios da Região Centro- Oeste do Rio Grande do Sul.

A capacidade hoje do HUSM é de 403 leitos de internação. Cotidianamente, circulam pelo hospital cerca de seis mil pessoas entre pacientes, acompanhantes, alunos, funcionários, residentes e docentes. Desde sua criação, o hospital vem passando por mudanças. Em 17 de dezembro de 2013 o HUSM passa a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), onde firma contrato de gestão. Pouco a pouco a organização de

governança (Superintendente, Gerentes, Chefes de Divisão, Chefes de Setores e Chefes de Unidades e Assessorias) passou a ser construída de acordo com a EBSEH que é uma empresa pública de direito privado vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011, tendo por finalidade principal gerenciar os hospitais universitários federais e prestar apoio às universidades.

Essa nova fase na administração do hospital estabelece um documento chamado Plano Diretor Estratégico (PDE), documento que expressa Diretrizes e Linhas Estratégicas da Instituição, tendo o HUSM utilizado seis Linhas para a gestão de 2011-2016: aprimoramento do Ensino, Pesquisa e Extensão; promoção da Assistência; política de Gestão de Pessoas; política de Gestão Financeira; modernização da Infraestrutura e Incremento Tecnológico; aprimoramento dos Processos de Gestão.

Atualmente a área física do Hospital é de 30 mil m², porém devido à intensa procura pelos serviços e com o aumento da população usuária, o HUSM vem passando por reformas importantes para uma melhor acessibilidade nos atendimentos, o objetivo é a construção da Central das Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), que reunirá a UTI Adulto, Pediátrica, Neonatal e Coronariana, ampliando, então, de 45 para 82 a oferta de leitos de cuidados intensivos. Também está em fase de conclusão a construção do Serviço de Ressonância Magnética e o prédio da Central de Laboratórios.

3.2 O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO SETOR DE QUIMIOTERAPIA.

O Serviço Social no HUSM faz parte de um processo de consolidação da profissão ainda recente, pois foi somente em 1975 que a primeira assistente social é contratada pela instituição. Naquela época o contexto histórico era diferente e a questão social não era tratada com a mesma importância de hoje, com o tempo novos mecanismos foram sendo criados para enfrentar as desigualdades sociais.

Em 1985 é feito concurso público e é contratada a segunda assistente social. Essas assistentes sociais embora importantes para a instituição, não conseguiam atender a todas as demandas do HUSM, suas atividades eram limitadas aos casos mais urgentes e pontuais, tal insuficiência de profissionais qualificados refletiu de maneira negativa, pois se inviabilizou o atendimento a novas demandas e também a criação de novos projetos e ações voltados para educação e promoção da saúde, contribuindo assim a uma menor qualidade de vida para os usuários.

O fortalecimento da profissão foi se desenvolvendo aos poucos, novas contratações foram sendo efetivadas e o quadro de profissionais aumentou ainda mais em 1995 com a contratação de duas Assistentes Sociais: uma para Recursos Humanos e outra para a Hemato-Oncologia. Porém essas novas contratadas iriam substituir as primeiras assistentes sociais, estagnando assim o quadro de profissionais. No ano de 2004 e 2005 assumem mais quatro profissionais contratadas por concurso público.

O Serviço Social, embora dado o seu quadro insuficiente de profissionais dentro da instituição, sempre se fez presente e importante como ferramenta para a expansão dos direitos sociais, porém foi aos poucos que esse serviço foi adquirindo respeito por outros profissionais e ganhando visibilidade. No ano de 2014 o HUSM passa a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH. Essa mudança na administração da instituição se fez positiva para o Serviço Social, pois houve a contratação de mais profissionais, contando hoje com 15 Assistentes Sociais divididos em diversas áreas específicas, dentre elas estão: Pronto Socorro; Ambulatórios; Oncologia e nefrologia, Clínica geral, UTI e UCI; UTI Pediátrica; Materno Infantil; Hemato Onco Infantil; SAD (Serviço de Atenção domiciliar); Psiquiatria.

O setor de quimioterapia, onde pode ser realizado o estágio obrigatório de Serviço Social pode ser caracterizado como de grande importância para região de Santa Maria e as outras cidades que compõem a 4ª e 10ª coordenadoria Regional de Saúde, isso se justifica por ser referência no tratamento contra doenças cancerígenas, e também se deve ao grande número de pacientes que são atendidos diariamente.

De acordo com dados obtidos pela equipe de enfermagem do HUSM, atualmente são atendidos uma média de 60 a 90 pacientes por dia no ambulatório de quimioterapia, estes são oriundos tanto da zona urbana, quanto da zona rural. A faixa etária é bem diversificada, incluindo crianças, adultos e idosos com idade de 0 a 90 anos. A classe social também não tem um perfil definido, podendo solicitar os serviços pessoas que não possuem renda alguma, como aquelas que têm uma boa situação financeira.

Para os usuários que não pertencem à cidade de Santa Maria o deslocamento até o HUSM é feito por transporte coletivo ou transporte pessoal. Já os que pertencem a outras cidades o deslocamento é feito por transporte da prefeitura, porém algumas pessoas que possuem maiores condições optam por fazer esse trajeto de transporte pessoal, visando assim mais comodidade para quem está em tratamento.

Nesse espaço são realizados procedimentos que tem como objetivo o tratamento de doenças cancerígenas. Estes procedimentos são indicados para pacientes que estão em

processo de cuidados e recuperação. A durabilidade do tratamento varia conforme a gravidade e o avanço da doença, podendo durar apenas alguns meses ou até anos. Entende-se que esse processo é um tanto desgastante para quem esta enfrentando a doença como para quem acompanha, pois envolve uma série de questões, tais como: físicas, sociais, financeiras, emocionais e espirituais.

O trabalho do serviço social realizado no setor é feito em conjunto com a equipe multiprofissional, composta por Psicólogos, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e nutricionistas. Quando necessário, o serviço social é acionado para atuar em casos que demandem ações que são de sua responsabilidade, tais como: encaminhamentos para instituições do terceiro setor, busca ativa de pacientes que desistiram do tratamento, esclarecimentos sobre benefícios socioassistenciais e previdenciários, entre outras demandas. O trabalho realizado com outros profissionais também é feito na forma de reuniões objetivando assim um melhor entendimento dos casos apresentados.

É importante frisar que a procura pelo tratamento contra o câncer no setor de Hemato Oncologia do HUSM tem se tornado cada vez maior por aquelas pessoas que possuem melhores condições financeiras, isso se explica devido ao alto custo do tratamento no setor privado, pois os planos de saúde até oferecem esse serviço, porém ele acaba se tornando insustentável ao longo do tempo. Conforme o terceiro princípio da carta dos direitos dos usuários da saúde, formulada pelo Ministério da Saúde, fica designado que:

É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência. (CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE, 2006. p. 4).

Portanto é dever do SUS prestar atendimento sem qualquer tipo de discriminação garantindo assim a universalidade como um de seus princípios fundamentais garantidos na lei 8.080/90.

Nesse sentido o assistente social deve levar em conta o contexto que os usuários estão inseridos e com isso agir na realidade que lhe é apresentada, isso demanda dele certo conhecimento que o faz fugir do senso comum, seu senso crítico deve buscar caminhos para o enfrentamento das desigualdades sociais junto ao público alvo, onde suas ações estão direcionadas. Desta maneira, o Código de ética (2012, p. 27), estabelece que um dos deveres

do assistente social, é: “ desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor”.

Desta maneira entende-se que a pobreza vivenciada pelos usuários na maioria das vezes tem dificultado o acesso destes ao serviço de saúde. Como destacam Schreider e Monteiro (2013, p. 84), “a precarização socioeconômica da população, bem como as precárias condições de acesso às políticas públicas em sua interface com as características da doença, podem comprometer o direito fundamental à saúde”. Dessa forma, o profissional nessa área tem como uma de suas premissas a identificação do contexto sociofamiliar e econômico dos usuários do serviço, com vistas à avaliação das condições de acessibilidade ao tratamento.

A realidade apresentada deve servir para que o profissional encontre alternativas nem sempre fáceis, mas possíveis diante da realidade apresentada. Segundo Yamamoto a questão social se caracteriza como:

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 mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (YAMAMOTO, 1999, p. 27).

Desta maneira entende-se que as expressões da questão social que o assistente social se depara cotidianamente no setor de Hemato oncologia são postas como desafios a serem enfrentados, essas provocações devem ter como objetivo resgatar a autonomia e identidade do usuário, fazendo com que ele se sinta parte desse processo, e tenha acesso às condições mínimas para sua sobrevivência.

Para Yamamoto (2006) o processo de reprodução das relações sociais vai muito além da reprodução da força viva de trabalho e dos meios materiais de reprodução. Os sujeitos que estão envolvidos nesse processo devem tomar consciência de classe e se posicionar perante a vida em sociedade, e isto envolve a reprodução da vida material, espiritual, religiosa, artística, filosóficas e científica.

Nesse sentido o código de ética Profissional no seu Art 3º explicita os deveres do Assistente Social:

a- desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor; b- utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da Profissão; c- abster-se, no exercício da Profissão, de

práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes; d- participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades. (CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL, 1993, p. 27).

Estabelece-se, portanto que o profissional de serviço social ao aplicar seus instrumentais de trabalho deve agir de acordo com seu código de ética, desempenhando suas atividades, buscando sempre o compromisso em garantir os direitos do usuário.

De acordo com Martinelli (1994) os instrumentais de trabalho são típicos de cada profissão onde cada qual atua de acordo com suas habilidades, sendo o assistente social um trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho, cabe a ele estar fundamentado em bases teóricas, metodológicas, técnicas e ético-políticas necessárias para seu exercício profissional. Entende-se por instrumentais técnico-operativos todo o conjunto articulado de instrumentos que possibilitem a operacionalização da ação profissional.

Desta forma o acolhimento compõe o primeiro instrumental que a assistente social utiliza. Ele se caracteriza pela receptividade do paciente e de seus familiares. Esse primeiro contato é feito em uma sala onde fica somente a assistente social e quem está sendo atendido junto a algum acompanhante. É nesse momento que a assistente social faz a escuta, onde ela entende um pouco a subjetividade do usuário e quais os fatores que lhe trouxeram até o Serviço Social.

Diante da fala do usuário, onde ocorre à escuta sensível a Assistente Social analisa suas condições socioeconômicas e a partir disso ela vê se esse o usuário se encaixa nos requisitos para receber os benefícios, sejam eles previdenciários assistenciais e também sobre os direitos que ele poderá solicitar pelo fato de estar com câncer.

O trabalho que é feito com os usuários vai além de saber suas necessidades socioeconômicas. É preciso ter certa sensibilidade ao analisar cada caso, pois cada um surge com uma particularidade e uma necessidade diferente. Cabe a Assistente Social ter um compromisso profissional para saber lidar com todas as questões sociais que aparecem cotidianamente. Desta forma, dada à relevância em que se constitui o processo de acolhimento, um conceito de referência para este seria mais bem explicado por Merhy (1997, p. 132),

O encontro entre sujeitos se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito

portador e criador de direitos. O objetivo da intervenção seria o controle do sofrimento [...].

Nesse sentido, é no momento do acolhimento, onde se faz a escuta sensível e se aborda aspectos sociais da vida de quem está iniciando o tratamento na quimioterapia. O assistente social tem como objetivo colaborar para a viabilização dos direitos do usuário, pois se entende que a Saúde não é apenas física, mas também engloba questões sociais que poderão interferir na melhora de sua saúde como um todo. Sendo assim, o momento do acolhimento é quando o usuário e seus familiares demonstram sua fragilidade ou força, seus medos, e se possuírem condições financeiras ou psíquicas suficientes para prosseguir o tratamento.

Logo após esta escuta é feita a triagem, procedimento em que são feitas algumas perguntas ao paciente e anotadas em um documento que fica sob responsabilidade da assistente social. Este documento é importante, pois é através dele que se tem um maior controle dos usuários que já passaram pelo setor, dentre os dados estão: nome, idade, endereço, cidade, etc. No momento da triagem, são verificadas quais as necessidades mais urgentes do usuário naquele momento.

As orientações dadas aos usuários podem ser a respeito do BPC-(Benefício de Prestação Continuada), e também outras orientações sobre os benefícios previdenciários tais como: auxílio doença, aposentadoria por invalidez, assistência permanente. Nesse sentido, o auxílio- doença²⁰ é um exemplo de benefício que gera algumas dúvidas por parte dos usuários e no qual a assistente social da orientação, ela explica que em muitos casos o INSS pode deferir esse benefício se o solicitante comprovar o seu grau da doença, porém ele também pode ser negado.

Desta forma, cita-se como exemplo o diário de campo que apresenta as experiências vivenciadas no decorrer do estágio, este apresenta os encaminhamentos e os instrumentais técnico-operativos utilizados no cotidiano do Assistente Social, sendo por meio dele uma forma de analisar as demandas sociais de uma forma crítica.

Destaca-se o seguinte exemplo: “ A senhora M. E. de 34 anos, portadora de câncer de mama informa que no momento a única renda da família é de apenas de R\$ 954,00 reais oriundos do trabalho do seu marido, sendo insuficientes para suprir os gastos com eles e seus filhos, tendo assim que buscar alternativas como ajuda da irmã para o pagamento de

²⁰ A lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. em seu Art. 59 estabelece que : O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.

passagens e remédios. Após realizar a escuta e ser avaliado o caso pela supervisora de campo, é feita uma orientação sobre o benefício previdenciário: auxílio- doença, no qual se explica que a usuária tem direito ao benefício, pois ela possuía carteira assinada e no momento sua doença a incapacita de fazer suas atividades normalmente. ‘’

No Brasil o acesso à proteção social previdenciária só é possível àquela parcela da população que contribui, através do trabalho assalariado formal ou por contribuições autônomas. Nesse sentido grande parte da população que se encontra desprotegida dos direitos trabalhistas, tendo que se submeter a trabalhos precários, informais, e sem garantia de direitos, acaba por recorrer aos benefícios da assistência social, como por exemplo, o BPC.

De acordo com a Lei nº 8.742/1993 que dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social, no seu Art. 20º:

O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. (BRASIL, 1993, p. 41).

Embora o BPC seja uma alternativa para aquelas famílias que estão fora do acesso à proteção social, e tenha por objetivo diminuir as desigualdades sociais, ele não é concedido a todos, pois possui algumas condicionalidades que deixam de fora boa parte da população. Assim como dispões a Lei nº 8.742/1993 no seu Art. 20º:

3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. 4º O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo o da assistência médica. 6º A concessão do benefício ficará sujeita a exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS.(BRASIL, 1993, p. 42)

Portanto o BPC é garantia de um salário mínimo-mensal para aquelas pessoas que comprovarem estar dentro de tais condicionalidades previstas pela lei. Dependendo as condições do usuário, esse benefício pode ser recusado, não necessariamente vai ser deferido.

Os encaminhamentos também fazem parte dos instrumentais que o assistente trabalha na Hemato Oncologia , através das necessidades apresentadas pelos usuários é que se poderá encaminhá-los aos serviços de que mais necessitam naquele momento, esses encaminhamentos podem ser tanto internos quando externos, feitos através da rede local e

região. As solicitações são por: transporte, medicação, entidades assistências e também encaminhamentos aos Municípios de origem.

Nesse momento o contato que é feito pode ser com a rede de Santa Maria ou de outros Municípios que compõem a 4º e 10º coordenadoria de Saúde da região. Esses contatos têm como objetivo buscar alternativas iniciais para os pacientes que se encontram em condições vulneráveis tanto fisicamente, como psicologicamente. Como afirma Vasconcelos:

Para o assistente social que se pretende articulado com os interesses e necessidades dos trabalhadores, o espaço grupal(a reunião) e/ou o espaço individual (a entrevista) são utilizados não na busca exclusiva de soluções para problemas de ordem psicológica e/ou social, mas também com instrumentos para o contato individual e coletivo, o que pode ressaltar em condições psicológicas favoráveis para os participantes, assim como, para alguns, em acesso a recursos materiais relacionados às demandas apresentadas. (VASCONCELOS, 2012, p. 495)

O trabalho em rede que o Serviço Social faz no setor de Hemato Oncologia do HUSM é feito tanto em parcerias com as ONGs que dão apoio aos pacientes que se encontram em vulnerabilidade social e que fazem tratamento com a quimioterapia, e também com as secretarias de Saúde do Município de Santa Maria da 4º e 10º região. Dependendo a necessidade poderá se fazer contato com a rede contatando o Ministério Público ou INSS para saber a respeito dos benefícios da previdência que o usuário tem interesse. Também dependendo a ocasião, poderão ser contatados órgãos de defesa e segurança do cidadão (conselhos da criança/adolescente, conselhos tutelares, conselhos dos idosos e delegacias, etc.).

Esse contato com a rede é fundamental para que alguns usuários prossigam o tratamento e tenham acesso aos seus direitos. As casas de amparo que são encaminhados os usuários, como AAPECAN (Associação de Apoio a Pessoas com Câncer), Liga Feminina de Combate ao Cancêr, Casa Maria, Associação Leon Denis, Casa Vida, CACC (Centro de Apoio à criança com Câncer) oferecem o suporte que poderá facilitar o tratamento, tais como ajuda com custos de alguns remédios, bolsas de colestomia ou viezical, fraldas, cadeira de rodas se for necessário, alimentação, moradia, atendimento psicossocial, ajuda com transporte, hospedagem e no último dos casos até mesmo com ajuda judicial.

Nesse sentido, observada a atuação do serviço social junto ao terceiro setor, no qual demanda boa parte dos encaminhamentos do Serviço Social, cita-se como exemplo o diário de campo: “ Ao ser feito um levantamento das condições de vida do usuário senhor P.M de 63 anos, portador de câncer de pulmão, se percebeu uma série de dificuldades que são vivenciadas, a principal delas é a financeira, onde no momento se mantém com a bolsa família

no valor de 85,00 reais, tendo assim dificuldades no acesso a alimentação. Nesse caso a Assistente Social passou informações e orientações sobre a casa de apoio as pessoas em tratamento de câncer, Casa Maria²¹, que fica situada no Bairro Camobi - Santa Maria. Após essas informações ela fez contato telefônico com a instituição pra saber em quais recursos a casa poderia ajudar naquele momento, desde alimentação até mesmo com medicação se for preciso. ”

Nesse sentido como afirma Vasconcelos (2011) entramos no discurso de falta de incentivo em políticas públicas que viabilizem o acesso da população aos seus direitos, pois se percebe uma desresponsabilização por parte do Estado em não dar condições básicas para que os cidadãos tenham acesso à alimentação, moradia e saúde. Ou seja, em muitos casos se percebe uma falta de recursos básicos para que as pessoas possam adquirir uma boa qualidade de vida, tendo assim que recorrer às instituições não governamentais. Assim como enfatiza Vasconcelos:

“Na realidade quem está por trás da demanda pelo trabalho voluntário é a necessidade que o Estado tem ao desresponsabilizar-se pela questão social, de encontrar quem a assuma de alguma forma. E nada como a questão social-não como fruto da exploração direta ou indireta do trabalho pelo capital, mas como problema de indivíduos desqualificados, miseráveis, ou seja, pobres para dar sentido ao trabalho voluntário. “(VASCONCELOS, 2011, p. 33)

Portanto o trabalho das ONGs é de extrema importância no que se refere ao acesso a alguns direitos pelos usuários, pois se entende que diante do contexto atual onde o Estado não prioriza a maioria das necessidades básicas da população e a questão social se mostra cada vez mais evidente, cabe a estas ONGs dar o suporte de maneira que estas pessoas se sintam assistidas e amparadas.

Outras solicitações que são feitas pelos usuários, referem-se à ajuda com remédios, pois, dependendo a medicação ela não é disponibilizada pela farmácia do HUSM, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) deva fornecer como consta em sua legislação.

Desta forma a assistência farmacêutica da qual os usuários devem ter acesso através do SUS, deve ser fornecida de forma gratuita através da PNAF (Política Nacional de

²¹ A Casa Maria é uma entidade beneficente de amparo assistencial a pessoas em tratamento oncológico, assistencial e cultural, de direito privado, sem fins lucrativos, alheia a atividades de caráter político e religioso. A finalidade da casa é atender demandas dos usuários de Santa Maria e de vários municípios do estado para o tratamento do câncer, o trabalho é feito através de uma assistência social a fim de promover a emancipação do indivíduo, através do fortalecimento dos vínculos familiares, resgate de valores sociais e culturais, visando o enfrentamento e a prevenção. (CASA MARIA, 2018, p. 1).

Assistência Farmacêutica) sendo esta parte integrante da Política de Saúde. Assim como estabelece a Resolução nº 338, de maio de 2004, onde dispõe sobre os seguintes princípios:

I-a política Nacional de assistência farmacêutica é parte integrante da política nacional de saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade; II- a assistência farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersectoralidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde[...]. (BRASIL, 2004, p. 2).

Com base nesses princípios, a PNAF em sua Resolução nº 338, de maio de 2004 também “ trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao uso racional.”

Em casos de ocorrer escassez de algumas medicações que deveriam ser fornecidas pelo SUS, a assistente social deve dar orientações e esclarecer sobre as documentações necessárias para que os usuários possam recorrer via judicial junto a DPU (Defensoria Pública da União) para assim judicializar esse processo e solicitar os medicamentos que são indispensáveis para dar continuidade ao tratamento contra o câncer. Algumas medicações de responsabilidade Estatal podem ser solicitadas nas Coordenadorias Regionais – CR’s das regiões do Rio Grande do Sul, em Santa Maria é a 4º CRS.

Segundo Figueiredo et al (2010) a judicialização na saúde é um fenômeno multifacetado, que expõe limites e possibilidades institucionais e instiga a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor saúde e do sistema de justiça. De acordo com os estudos realizados em diferentes regiões do país no qual expõe o intenso uso via judicial para fornecimento de medicamentos, identificaram-se algumas características comuns, tais como: a maioria dos pedidos é individual e tem sido deferida tendo como praticamente única base a prescrição medicamentosa apresentada pelo reivindicante. A segunda característica é o fato de a prescrição conter tanto medicamentos incorporados como não incorporados pela assistência farmacêutica (AF) do SUS, alguns sem registro no país ou em indicação terapêutica não constante do registro sanitário. A terceira característica é o crescimento exponencial das demandas judiciais e dos gastos com medicamentos.

Diante disso percebe-se que a judicialização na saúde para o fornecimento de medicamentos que não estão incorporados na lista de oferta da rede pública tem sido uma

forma legítima de garantir o pleno exercício do direito à assistência individual terapêutica, que integra o direito à saúde na lei brasileira.

Cita-se como exemplo o diário de campo que mostra essa realidade vivenciada por alguns usuários que fazem tratamento na quimioterapia: “Ao ser realizado acolhimento à usuária L.M. de 23 anos que está iniciando o tratamento de quimioterapia, foi avaliado a sua situação e a partir disso constatado suas principais demandas. A principal delas foi a respeito de uma medicação prescrita pela médica de alto custo e que não existe no Brasil. A partir disso constatou-se pela assistente social que essa medicação não é padronizada pelo SUS, sendo necessário encaminhamento via Defensoria Pública. ”

Em casos em que exista uma demora na viabilização da medicação pelos órgãos competentes, a assistente social poderá recorrer às instituições não governamentais. Estas casas de apoio às pessoas com câncer poderão dar suporte para serem adquiridas tais medicações, porém por conta do alto custo dos remédios, cada vez mais caros, esta ajuda se torna insuficiente em muitos casos. É um exemplo do caso acima, no qual a medicação solicitada deverá ser importada.

Esse contato que é feito com as instituições do terceiro setor tem como objetivo buscar estratégias de “enfrentamento da burocracia” na tentativa de conseguir de maneira mais rápido as medicações que deveriam ser de responsabilidade governamental. Aciona-se assim a rede local onde é composta por diversas ONGs que tem contribuído com o trabalho do Serviço Social, são elas: Casa Vida, Casa Maria, APECAN (Associação de Apoio a Pessoas com Câncer) ou Liga Feminino de combate ao Câncer de Santa Maria.

Portanto mesmo a saúde sendo direito de todos, ainda vemos a falta de medicações que são importantes no tratamento dos pacientes. Deste modo se entende que o papel do Estado é fundamental para que as pessoas tenham acesso à saúde, pois é ele quem vai criar as bases para que a política se efetive de fato. Porém há uma crítica sobre a efetivação destes direitos legais, pois a garantia de direitos legais não representa necessariamente a garantia de direitos sociais efetivos, essa análise se faz importante diante da atual conjuntura econômica, política, ecológica e social central que o país está vivenciando e que vem se agravando nos últimos tempos. Berenice (2006).

Entende-se que a gravidade da doença somada as expressões da questão social tem sido postas como desafios para todos os profissionais da área da saúde, nesse sentido o trabalho multiprofissional que é realizado no setor da Hemato Oncologia tem por objetivo discutir de que forma a equipe hospitalar poderá ser importante no processo de condução e adaptação de cada paciente.

Nesse sentido as reuniões entre os profissionais da saúde também são caracterizadas como um dos instrumentais que a assistente social utiliza no setor, é a partir delas que toda a equipe entende melhor o caso de cada usuário, podendo assim ter um melhor acompanhamento da situação clínica e social de cada um, porém isso só se sucederá com reuniões contínuas, sempre objetivando a qualidade de vida dos usuários em quanto durar o tratamento.

Assim sendo, o contato que o profissional de Serviço Social tem com outros profissionais se torna cada vez mais urgente, pois é a partir desses encontros que os vínculos profissionais são fortalecidos, desta maneira afirma Yamamoto (2002, p. 35):

É importante que fique claro que o trabalho coletivo não desfaz a identidade de cada profissional onde as competências e atribuições são bem distintas, ele é importante para que a equipe multiprofissional crie um vínculo maior entre eles e que se estabeleça uma maior atenção em relação às demandas que são apresentadas, afim de que se obtenha maiores resultados no trato com as mesmas.

Compreende-se que por trás de todo o tratamento de uma doença como o câncer, existem outros aspectos que envolvem a saúde do usuário, é preciso levar em conta os sintomas de caráter social, psicológico e espiritual. Nessa compreensão tem-se uma ideia de que a saúde não pode ser vista somente nos seus aspectos físicos, mas também ela deve ser entendida na sua totalidade, onde os aspectos sociais, culturais, psicológicos, espirituais e econômicos devem ser relevados e tidos como importantes para o usuário que se encontra em tratamento quimioterápico. Assim como afirma Pessini:

A problemática da dor e do sofrimento não é pura e simplesmente uma questão técnica: estamos frente a uma das questões éticas contemporâneas de primeira grandeza e que precisa ser vista e enfrentada nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual. (PESSINI, 2002, p. 54).

Desta forma, dada à importância que se tem o trabalho da equipe multiprofissional pode-se dar como exemplo o seguinte diário de campo: “Depois de constatado pela equipe médica as faltas nas consultas pela usuária L.E. de 37 anos, a assistente social foi solicitada a fazer contato telefônico com a mesma para saber os motivos de seus não comparecimentos ao HUSM, diante disso foi explicado pela usuária que os motivos das faltas se devem a um quadro de depressão que tem a impossibilitado de seguir o tratamento. Nesse caso a psiquiatra do setor foi solicitada a atender a L. E. e prescrever uma medicação, objetivando assim uma melhora no seu quadro.”

Em vista disso, é nesse momento de maior fragilidade dos usuários no qual são submetidos a medicações pesadas e cuidados redobrados com sua saúde, é que os profissionais da saúde devem buscar maneiras de amenizar a dor física daquele paciente, porém a equipe hospitalar também deve possuir uma assistência que de comodidade para estes, essa assistência se faz na forma de escuta, acolhida e encaminhamentos, para que estes possam vir a ter uma maior tranquilidade e conforto nesse momento sofrimento.

Deste modo, entende-se que a subjetividade de cada paciente deve ser sempre pensada pelo profissional de Serviço Social, nesse sentido é preciso que o assistente social tenha sensibilidade para saber lidar com as demandas do dia a dia e tratar cada caso como único, digno de um instrumental diferente que leve em consideração a emancipação e a autonomia dos usuários. Assim como enfatiza o código de Ética do Serviço Social (2012, p. 30) em que ressalta um dos deveres do assistente social, que é: “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis a participação dos/as usuários/as.”

3.3 - DESCRIÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO E SUAS RESPECTIVAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO II CURRICULAR.

O presente projeto de intervenção tendo como título “o processo informativo do assistente social dentro do setor da quimioterapia, como forma de trabalho no tratamento do paciente oncológico” teve como objetivo informar e esclarecer aos usuários a respeito dos direitos sociais da pessoa portadora de câncer. Somado a isso, o projeto teve como proposta trazer alguns profissionais da rede socioassistencial do Município de Santa Maria para palestrarem e fornecerem orientações a respeito do trabalho do Serviço Social em outras instituições.

Entende-se que a democratização das informações a respeito dos direitos sociais dos usuários tem contribuído para facilitar o acesso a diversos benefícios no qual o paciente oncológico tem direito. Dentro das unidades hospitalares a equipe do Serviço Social tem buscado identificar as questões que possam interferir no processo de tratamento e viabilizar o acesso aos direitos sociais.

O Serviço Social atua no campo das políticas sociais, com o objetivo de viabilizar o acesso aos direitos da população e o exercício da cidadania. Na área da saúde, o assistente social orienta suas ações no compromisso de viabilizar a participação e o controle social dos usuários na busca de que se efetivem políticas de proteção social no País. É necessário que gestores e equipes de saúde tenham uma percepção mais

crítica sobre os determinantes sociais que se expressam veementemente no adoecimento da população usuária do SUS. . (INCA, 2012, p. 7).

Nesse sentido, a metodologia utilizada na primeira etapa do projeto foi a formulação e criação de um banner, que poderá ser melhor analisado no apêndice A no final desse texto.

O conteúdo do banner é composto por um resumo dos principais benefícios sociais que os pacientes poderão vir a adquirir pelo de fato de estarem com câncer, tais como: isenção de pagamento do IPI (Imposto sobre Produto Industrializado) e o ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços)²², quitação de financiamento de imóvel pelo sistema financeiro de habitação, saque do FGTS, PIS/PASEP²³, tratamento fora do domicílio²⁴. Junto a isto, o paciente que está inscrito no Cadastro Único também poderá ter descontos na conta de luz elétrica, assim como afirma a Cartilha do direito e benefícios aos portadores de câncer:

As famílias incluídas no Cadastro único de Programas Sociais com renda mensal até três salários mínimos, que tenha em sua composição portadora da doença, cujo tratamento exija o uso continuado de equipamentos com alto consumo de energia elétrica, terão acesso ao percentual que varia de 10% a 65%, conforme a faixa de consumo. (CARTILHA DO DIREITO E BENEFÍCIOS AOS PORTADORES DE CÂNCER, 2015, p. 12).

Dessa forma, viabilizar o acesso a esse direito é fundamental para que muitos usuários possam dar continuidade ao seu tratamento, pois se entende que ao exigir uso continuado de equipamentos com alto consumo de energia elétrica, em alguns casos, poderá trazer gastos excessivos que o paciente não terá condições de arcar.

Outro benefício na qual a legislação trás, é referente à isenção do imposto de renda, isso inclui tanto os pacientes com câncer ou com outras doenças consideradas graves. De acordo com o decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999 que regulamenta a tributação, fiscalização, arrecadação e administração do Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer

²² A Lei nº 8.989 de 24 de fevereiro de 1995 dispõe sobre a Isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física, e dá outras providências. (Redação dada pela Lei nº 10.754, de 31.10.2003). (BRASIL, 1995).

²³ A Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990 declara no seu Art. 20 que a conta vinculada do trabalhador no FGTS poderá ser movimentada nas seguintes situações: XI - quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna. (BRASIL, 1990).

²⁴ A portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999 estabelece em seu Art. 1º- Estabelecer que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde - SUS para tratamento fora do município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada município/estado. (BRASIL, 1999, p. 1).

Natureza, destaca no seu Art 39 ° os rendimentos isentos ou não tributáveis, no qual não entrarão no cômputo do rendimento bruto :

XXXIII - os proventos de aposentadoria ou reforma, desde que motivadas por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados de doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome de imunodeficiência adquirida, e fibrose cística (mucoviscidose), com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma. (BRASIL, 1999, p.12).

Juntamente a estes benefícios, é ressaltado ainda o direito a andamento judiciário prioritário ao paciente oncológico. Tal prioridade foi mantida no novo Código de Processo Civil, lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 no qual destacado em seu Art. 1.048:

Terão prioridade de tramitação em qualquer juízo ou tribunal os procedimentos judiciais – em que figure como parte ou interessado pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos ou portadora de doença grave, assim compreendida qualquer das enumeradas no art. 6.º, inciso XIV, da Lei n.º 7.713, de 22 de dezembro de 1988. (BRASIL, 2015).

Os direitos sociais expostos através do banner puderam ampliar o conhecimento não somente dos usuários que fazem tratamento quimioterápico, mas como também de diversos profissionais que atuam no setor. A finalidade de projetos como este contribui para uma melhora nos serviços de saúde, no qual entende-se a importância do acesso aos direitos sociais fundamentais à vida humana.

A segunda etapa do projeto foi realizada entre o mês de Maio e Junho, onde foi convidado alguns profissionais da rede do Município de Santa Maria que pudessem falar a respeito de como funciona a atuação do serviço social em diferentes instituições. Desta maneira, a primeira assistente social convidada para palestrar pertence a AAPECAN²⁵ (Associação de Apoio as Pessoas com Câncer), esta ONG (Organização não governamental) faz parte da rede socioassistencial do Município de Santa Maria e tem como objetivo dar um suporte as pessoas que estão em tratamento contra o câncer.

²⁵ A Associação de Apoio a Pessoas com Câncer (Aapecan) é uma entidade sem fins lucrativos e iniciou suas atividades em Santa Maria no dia 26 de junho de 2006. Atualmente, conta com um total de 2.224 cadastros já realizados e abrangência de 138 municípios. Esta entidade oferece apoio e auxílio a pessoas com câncer que não têm condições de manter seu tratamento, por isto oferecemos medicamentos, suplementos, dietas alimentares, alimentos, tudo gratuitamente, graças à colaboração de contribuintes. (AAPECAN, 2018).

A assistente social convidada da referida instituição teve como atribuição falar a respeito da instituição e de quais são suas atribuições. Durante uma breve fala, ela pode dar orientações de como é feito o seu trabalho e de que maneira o usuário poderá adquirir alguns benefícios oferecidos pela casa, tais como: ajuda com alimentação, suplementos, dietas alimentares, moradia, medicamentos. A instituição disponibiliza também de atendimento psicológico, jurídico, nutricional, além de atividades para os usuários como: reiki e oficinas de artesanato, oficinas de inclusão produtiva, projetos para a terceira idade, entre outras atividades. Aapecan (2018).

A segunda assistente social a ser chamada pertence a Casa Maria, essa instituição tem como objetivo acolher os familiares e pacientes que estão em tratamento contra o câncer e que necessitam de hospedarem, dependendo as condições financeiras dos usuários, a instituição poderá ajudar com alimentação, remédios e até mesmo com ajuda psicológica.

Esta segunda instituição da mesma forma que a primeira, tem contribuído para dar auxílio a muitos pacientes que se encontram em vulnerabilidade social. Desta forma, entende-se que as orientações a respeito de como acessar a rede do terceiro setor tem sido uma alternativa ao trabalho do Serviço Social do HUSM, onde compreende-se que na maioria das vezes as atribuições da assistente social se restringem a dar orientações socioassistenciais e fazer encaminhamentos. Melo et al (2013, p. 134) apud ASSOCRIO diz que :

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

Desta maneira o objetivo dessas casas de apoio é dar o máximo de conforto tanto com ajuda material, financeira e psicossocial na medida em que essas ações interfiram de maneira positiva e ajudem no tratamento contra o câncer. Portanto a atenção com os usuários vai além dos cuidados hospitalares, percebe-se que a questão social retratada diariamente no setor de Hemato Oncologia interfere muitas vezes no tratamento oncológico. Nesse aspecto se percebe a importância do serviço social, uma vez que este se faz necessário para que os usuários possam dar continuidade ao tratamento quimioterápico.

A terceira assistente social a ser chamada pertence ao CRAS (Centro de referência da Assistência Social), na qual ficou encarregada de ter uma conversa sobre acolhimento e a importância dos vínculos familiares. Conforme o SUAS (Sistema Único de Assistência Social) o CRAS faz parte da proteção social básica e é a porta de entrada da Assistência

Social. Este centro atende famílias e indivíduos em situação de grave desproteção, pessoas com deficiência, idosos, crianças retiradas do trabalho infantil, pessoas inseridas no Cadastro Único, beneficiários do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada (BPC), entre outros.

Desta forma, entendendo um pouco sobre o serviço que é oferecido pelo CRAS²⁶, coube a assistente social convidada juntamente a psicóloga da instituição ter uma conversa sobre as atribuições do serviço social dentro desta unidade, afim de que os usuários pudessem compreender de que maneira poderão buscar apoio na rede local de seu município. Conforme se destaca:

Os CRAS e CREAS devem ser referências ao usuário da Assistência Social e a rede de serviços, tanto públicos como privados, deve estar referenciada a essas unidades. Dessa forma, faz-se necessária a identificação, em cada município, da existência de uma rede de serviços socioassistenciais permanente e continuada, que deve ser integrada aos serviços públicos, bem como complementar e corresponsável entre as ações governamentais e não governamentais. Assim, prevê-se o estabelecimento de pactos com entidades sociais, visando a sua vinculação ao sistema e a seus princípios públicos. (RAMOS, 2016, p. 289).

Sendo assim, compreende-se que tanto as instituições não governamentais como as governamentais vem buscando conjuntamente estratégias de combate a pobreza. O contato com a rede que é realizado diariamente pela assistente social com as demais instituições tem feito parte da sua rotina e tem contribuído para o acesso de muitos usuários aos benefícios socioassistenciais. Entende-se que os atendimentos das necessidades básicas da população devem ser tratadas por um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, com vistas à garantia da proteção social integral.

Segundo a PNAS (2004) que dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Social, esclarece que a construção de uma rede socioassistencial onde as redes são complementares, só poderá ser feita, quando ambos, governo e entidades desenvolvam políticas que visem o enfrentamento das expressões das desigualdades sociais. Entende-se que estes são mutuamente responsáveis pelo seu rumo, pela sua consolidação, pela garantia dos direitos à população de ser protegida, e pela sua integralidade.

Conclui-se que as instituições não governamentais e governamentais que fizeram parte do projeto de intervenção e compõem a rede socioassistencial do município de Santa Maria

²⁶ O Centro de Referência de Assistência Social (Cras) é a porta de entrada da Assistência Social. É um local público, localizado prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade social, onde são oferecidos os serviços de Assistência Social, com o objetivo de fortalecer a convivência com a família e com a comunidade. (MDS, 2018, p. 1).

tem sido referência para o trabalho do Serviço Social dentro do setor de quimioterapia. Nesse sentido o projeto de intervenção teve como objetivo mostrar aos usuários o trabalho em rede que é desenvolvido pelo serviço social junto a estas instituições.

A avaliação do projeto pode ser percebida em uma maior aderência aos serviços da rede, no qual foi relatado pelas assistentes sociais das casas de apoio: AAPECAN, Casa Maria e Cras, a procura de alguns usuários pelo seus serviços. Ao ser ressaltado a existência de outras instituições, os usuários tiveram a possibilidade de ampliar seu conhecimento para assim poderem buscar os recursos tanto na rede de Santa Maria como de seus municípios.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atual formação do sistema público de saúde, universal, integral e gratuito, só pode ser construído com o processo de redemocratização do país. Esse processo histórico e tão importante para a sociedade brasileira foi resultado de uma ampla Reforma Sanitária que teve como uma de suas conquistas a universalidade do direito à saúde, somente oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, a garantia dos direitos sociais através das Políticas Públicas foram sendo conquistadas gradualmente. No entanto mesmo com a maioria dos direitos incorporados a Constituição Federal, se percebe uma intensificação das políticas focalistas, frutos do neoliberalismo e que vem prejudicando o acesso das pessoas principalmente à saúde, a assistência e previdência, constantes em lei como direito do cidadão e dever do Estado.

Na atualidade as desigualdades sociais presentes no cotidiano dos usuários dentro do setor hospitalar tem sido postas como desafios para os Assistentes sociais. Nesse sentido Vasconcelos (2012) afirma que um dos grandes desafios para a consolidação do projeto ético-político hegemônico do Serviço Social tem sido trabalhar demandas imediatas, tais como: a dor, o sofrimento, a falta de tudo, a eminência da morte, da perda do outro, a falta de condições dignas de trabalho. Ou seja, enfrentar os problemas cotidianos, sem perder de vista que, nesta realidade social, ainda que seja necessário enfrentar e dar respostas imediatas, elas não se resolverão nesta organização social assentada pela exploração do homem pelo homem.

Desse modo, este trabalho de conclusão de curso teve como objetivo analisar a atuação do profissional de Serviço Social dentro do setor hospitalar visando à garantia e viabilização de Políticas Públicas que possam intervir e modificar a realidade dos usuários, como foi observado durante o estágio curricular no Ambulatório de quimioterapia.

Através das observações apontadas nos diários de campo pode-se observar de maneira crítica as refrações da questão social e de que como elas poderiam interferir na realização do tratamento quimioterápico dos usuários. Concluiu-se que a ausência ou a insuficiência dos direitos sociais, como trabalho (renda), educação, saúde, moradia, alimentação, bem como a existência de circunstâncias e arranjos sociais que dificultam o ingresso a esses direitos e à vida digna, tem sido responsáveis pelos impedimentos ao exercício de todos os outros direitos humanos e fundamentais.

Diante dessa realidade, no qual se ressalta a desresponsabilização por parte do Estado em relação as demandas sociais da população, o assistente social ao atuar no ambulatório de

quimioterapia tem como desafio facilitar o acesso dos usuários aos benefícios assistenciais utilizando-se de alguns instrumentais, onde destaca-se : os acolhimentos, as orientações sociais e previdenciárias, bem como os encaminhamentos para as instituições governamentais e não governamentais.

Nesse sentido, o projeto de intervenção no qual foi elaborado e realizado no decorrer do estágio supervisionado I e II pode destacar a importância dos direitos sociais para os pacientes oncológicos. Tal relevância se observa pela complexidade que envolve uma doença como o câncer, onde entende-se que as limitações físicas tem impossibilitado em muitos casos as pessoas de seguirem suas rotinas normalmente.

Desta maneira ao se destacar o câncer como um problema de saúde pública, compete aos profissionais da área da saúde direcionar suas ações em busca de uma melhor qualidade de vida para todos que estão em tratamento quimioterápico. O assistente social sendo um destes profissionais deve empenhar-se para compreender o contexto social no qual vivem seus usuários. A realidade social, política e econômica, tal qual está instituída, exige dos assistentes sociais a compreensão de novas formas de combate às desigualdades sociais no qual se expressam através do desemprego, na pobreza, na violência, na fome, no desabrigo, na falta de saúde e de educação. Vasconcelos (2012).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARANTES, Ana Cláudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. 1. ed. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

ARAÚJO, J. S; XAVIER, M.P. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Revista Saúde em Foco**: revista eletrônica, Teresina, v. 1, n. 1, art. 10, p. 137-149, jan. / jul. 2014. Disponível em:<http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/viewFile/326/382&gws_rd=cr&ei=ycB-WJeGNMebwASnrrrwAg>. Acesso em: 25 set. 2018.

ARAUJO, L.H. et. al. O câncer de pulmão no Brasil. **JBS: Jornal Brasileiro de Patologia**, Rio de Janeiro, 05 jul. 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v44n1/pt_1806-3713-jbpneu-44-01-00055.pdf >. Acesso em: 02 de set. 2018.

AAPECAN. Santa Maria, 30 nov. 2012. Disponível em<<https://www.aapecan.com.br/unidades/local/aapecan-santa-maria>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

BATISTA, D. R. et. al. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Reufsm: Revista de enfermagem da ufsm**: revista eletrônica, Santa Maria, p. 499-510, Jul./Set. 2015. Disponível em:<<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15709>. > Acesso em: 12 set. 2018.

BRASIL. A Lei nº 8.989 de 24 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre a Isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 Fev. 1993. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8989.htm>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999. Regulamenta a tributação, fiscalização, arrecadação e administração do Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 Mar. 1999. Disponível em :<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3000.htm>. Acesso em : 15 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 12.732_lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 Nov. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm>. Acesso em: 02 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 Mar. 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm> . Acesso em: 04 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990. Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 mai. 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8036consol.htm>. Acesso em: 07 out. 2018.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 Dez. 1990. Disponível em: < https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 Dez. 1993. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm>. Acesso em: 15 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 21 Jun. 2016. Disponível em:<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_conteudo.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. Portaria GM nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 Ago. 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 15 nov. 2018.

BRASIL. Portaria nº 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 Dez. 2005. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf>. Acesso em: 12 out. 2018.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 Dez. 2010. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

BRASIL. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 fev. 1999. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html> Acesso em: 07 out. 2018.

BRASIL. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 06 mai. 2004. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

CESSE, E. A. P; PAIVA, C. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**: revista Eletrônica, Rio de Janeiro, 2015, p.1-8. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v01/pdf/05-artigo-aspectos-relacionados-ao-atraso-nodiagnostico-e-tratamento-do-cancer-de-mama-em-uma-unidade-hospitalar-depernambuco.pdf > Acesso em: 15 out. 2018.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Código de ética do/a assistente social: lei nº 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais nas Políticas de Saúde**. Serie: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2017

CASA MARIA. Sobre. 2018. Disponível em: < <https://www.casamariaong.org/index.php/quem-somos> >. Acesso em: 18 nov. 2018.

COORDENAÇÃO INSTITUCIONAL DE REINALDO AYER DE OLIVEIRA. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

FERRAZ, F. C.; SEGRE, M. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**: revista eletrônica, São Paulo, vol.31, n. 05, p. 538-542, out.1997. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016> Acesso em: 22 set. 2018.

FIGUEIREDO, T. A. et. al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & saúde coletiva**: revista eletrônica, Rio de Janeiro, vol.15, n.5, p. 1-10. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a15.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **HUSM/EBSERH**. Santa Maria, 2018. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm>>. Acesso em: 20 set. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, p. 10-130, mai. 2018. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/wcm/incidencia/2017/index.asp> > Acesso em: 19 mai. 2018. Acesso em: 25 mar. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro, jun. 2017. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/wcm/incidencia/2017/index.asp> > Acesso em: 19 mai. 2018.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**: revista eletrônica, São Paulo, n.107, p.497-

508. jul/Set. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282011000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MACHADO, C. V et. al. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Caderno de Saúde Pública**: revista Eletrônica. Rio de Janeiro, 2017, vol.33. p. 145-161. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018.

MARTINS, C. E; MINHOTO, L. D. **As redes e o desenvolvimento social**. São Paulo: In Cadernos Fundap, 2001.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MELO, R.G. C; SAMPAIO, M.P. Casas de apoio: inserção e contribuições do assistente social no terceiro setor. **Revista científica da faminas**: revista eletrônica, Minas Gerais, v. 9, n. 2, p. 115-144, maio/ago. 2013, Disponível em: < https://unifaminas.s3.amazonaws.com/upload/downloads/20131227160802_123256.pdf> Acesso em : 16 de Jun. 2018.

MERHY, E. E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde**: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Humaniza SUS: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: < http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cigarro: legal ou ilegal faz mal à saúde**. Rio de Janeiro, 20 jun. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/>> Acesso em: 01 de out. 2018.

NOGUEIRA, R. P.; DELGADO, G.; JACCOUD, L. Seguridade social: redefinindo o alcance da cidadania. **Repositório do conhecimento**: revista eletrônica, Rio de Janeiro, p.17-37, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4347/1/bps_n17_vol01_seguridade_social.pdf> Acesso em: 02 set. 2018.

NOGUEIRA, V. M. R. Determinantes Sociais de Saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário. **Serv. Soc. & Saúde**: revista eletrônica, Campinas, v. 10, n. 2, p. 45-72, dez, 2011. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=50184&opt=1>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

NORONHA, C. P; PORTO, M. A; TEIXEIRA, L. A. **O câncer no Brasil: passado e presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

OTHERO, M.B; GOMES, A. L. Z. Cuidados Paliativos. **Estudos Avançados**: revista eletrônica, São Paulo, v. 30, n. 88, set/dez. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155 >
Acesso em: 05 set. 2018.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL: SANTOS. **Cartilha de direitos e benefícios aos portadores de câncer.** São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.oabsantos.org.br/arquivos/download/2014_8_29_17_28_18_21931.pdf >. Acesso em 12 out. 2018 às 22h18min.

OLIVEIRA, M.J.T. A urgência do debate: as contrarreformas na política da saúde no governo Temer. **Argumentum:** revista eletrônica. , Vitória, v. 10, n. 1, p. 33-50, jan./abr. 2018. Disponível em: < <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/19139/13218>>. Acesso em: 10 nov. 2018

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Serviço Social & Sociedade:** revista eletrônica da editora Cortez, Rio de Janeiro, n. 21 p. 15-35, jan/mar.2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf> > Acesso em: 31 Abr. 2018.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista Bioética:** revista eletrônica, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 51-72. Mar. 2003. Disponível em: < http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214/215>. Acesso em: 05 ago. 2018.

PONTES, A. P et. al . O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Anna Nery:** Revista Eletrônica de Enfermagem, Rio de Janeiro, p.500-507, jul-set.,2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07> > Acesso em: 25 set. 2018.

PRADO, B. B.F. A Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. **Ciência e Cultura:** revista eletrônica, São Paulo, v.66, n.1, jun/jul. 2014. Disponível em: < http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252014000100011 > . Acesso em: 28 out. 2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO NO BRASIL. **Desenvolvimento Humano e IDH.** Brasília, DF, 2017. Disponível em: < <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html> >. Acesso em: 19 mai. 2018.

RACHELIS, R. Proteção Social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serviço Social & Sociedade:** revista eletrônica da editora Cortez, São Paulo, n ° 116 p. 609-635, out./dez.2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0101662820130004&lng=pt&nrm=is> . Acesso em: 10 mai. 2018.

ROCHA, S. Y. Sistema Único de Saúde: avaliação e perspectivas. **Saúde e sociedade:** revista eletrônica, São Paulo, vol.3 n.1 Jan./July 1994. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000100002>
Acesso em : 05 out 2018.

ROLIM, L. B; CRUZ, R.S. B; SAMPAIO, K. J. A. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**: revista eletrônica, Rio de Janeiro, v.37, n.96, Jan./Mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>> Acesso em : 15 nov. 2018.

SILVA, A. X. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **Katálysis**: revista Eletrônica, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul./dez. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0159.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2018.

SIMÕES, C. **Curso de direito do serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008

TEIXEIRA, L. A; FONSECA, C. O. **De Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da Saúde**. São Paulo, Cortez: 2012.

VENTURA, Manoel. ONU divulga dados mundiais de pobreza sem informações sobre Brasil. **O globo**, São Paulo, 20 set. 2018. Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/economia/onu-divulga-dados-mundiais-de-pobreza-sem-informacoes-sobre-brasil-23085580>>. Acesso em: 17 out. 2018.

VILLELA, F. S. L.; DELIBERADOR, H. R. Acerca do conceito de saúde. **Psicologia Revista**: revista eletrônica, São Paulo, v. 19, n.2, p. 225-237, 2010. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/6724>>. Acesso em: 15 out. 2018.

APÊNDICE A: BANNER SOBRE DIREITOS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

EBSEH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HUSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

O QUE É SERVIÇO SOCIAL?
Serviço Social é uma profissão regulamentada pelo Código de Ética do Assistente Social - Lei 8662/93 - onde se estabelece as suas atribuições e competências. O profissional de Serviço Social trabalha com as políticas públicas e tem na questão Social um dos elementos fundantes da profissão observada em suas várias dimensões socioassistenciais.

O QUE É POLÍTICA PÚBLICA?
Conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos (nacional, estaduais e municipais) com a participação, direta ou indireta, de entes públicos ou privados que visem assegurar determinado direito de cidadania para vários grupos da sociedade ou para determinado segmento social, cultural, étnico ou econômico. Ou seja, correspondem a direitos assegurados na Constituição.

O ASSISTENTE SOCIAL ESTABELECE OS SEGUINTES COMPROMISSOS COM A POPULAÇÃO USUÁRIA:
DEMOCRATIZAR as informações e o acesso aos programas das instituições, viabilizando a participação da população.
ESCLARECER a população usuária sobre o trabalho desenvolvido pelo assistente social resguardando o sigilo profissional.
RESPEITAR as decisões do usuário mesmo que sejam contrárias aos valores e crenças individuais dos profissionais, assegurando os princípios do Código de Ética Profissional do Assistente Social.
INFORMAR a população usuária sobre as pesquisas com ela realizadas, bem como sobre a utilização de materiais de registro que impliquem no seu consentimento para serem divulgadas publicamente.

O SERVIÇO SOCIAL NO SETOR DA QUIMIOTERAPIA DO HUSM:
Trabalha o processo de Bem-estar e qualidade de vida do paciente:
- Acolhimento ao paciente, familiar e/ou acompanhante;
- Orientações sobre benefícios diversos;
- Contato com a Rede;
- Trabalho Inter e Multidisciplinar;
- Encaminhamentos;
- Casas de abrigamento;
- Defensoria Pública;
- Instituições beneficentes de apoio ao paciente em tratamento, como:
AAPECAN, SMDS, CRAS, Casa Maria, Liga Feminina de Combate ao Câncer;
- Informações sobre judicialização de medicamentos e direitos do paciente oncológico adquiridos em Leis específicas.

DIREITOS DO PACIENTE ONCOLÓGICO:
- Sacar o FGTS e PIS/PASEP - O trabalhador cadastrado no FGTS ou que tenha dependente portador de câncer poderá fazer saque. O mesmo se aplica para liberação do PIS/PASEP;
- Auxílio-doença - O portador de câncer terá direito ao benefício após o pagamento de 12 meses de contribuição;
- Aposentadoria por invalidez - É concedida desde que a incapacidade para o trabalho seja considerada definitiva pela perícia médica do INSS;
- Amparo assistencial ao idoso e ao deficiente - Benefício de Prestação Continuada (BPC) concedido pela Lei Orgânica de Assistência Social ao idoso que não exerça atividade remunerada e ao portador de deficiência incapacitado para o trabalho e que a família não tenha condições de manter - desde que não ultrapasse a renda familiar per capita de 1/4 do salário mínimo;
- Tratamento Fora de Domicílio (TFD) No Sistema Único de Saúde (SUS) - Garante o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais em outro município;
- Isenção de Imposto de Renda na aposentadoria - Pessoas com câncer estão isentas do Imposto de Renda relativo aos rendimentos de aposentadoria, reforma e pensão - inclusive as complementações;
- Quitação do Financiamento da casa própria - É concedido caso exista esta cláusula no contrato. O paciente deve estar inapto ao trabalho e a doença deve ter sido adquirida após a assinatura do contrato de compra;
- Isenção de Imposto Federal sobre produtos Industrializados (IPI) na compra de veículos adaptados o paciente que tem alguma seqüela limitante tem direito a isenção de IPI ao adquirir um veículo adaptado;
- Isenção de Impostos - O paciente terá direito as seguintes isenções: IPI, IOF, ICMS, IPVA e IPTU;
- Laudo médico para afastamento do trabalho - O médico assistente acompanha o paciente em sua doença e evolução, e quando necessário, emite atestado;

Informações sobre os procedimentos beneficentes ou assistenciais o paciente, familiar e/ou acompanhante deve procurar o setor do Serviço Social.

Seidel, Francine da Silva, Estagiária em Serviço Social - UFSM.
Pires, Andréia de Lima Lopes, Assistente Social Hemato Onco - HUSM.