

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

Cristiane de Carvalho

**ACOLHIMENTO E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES  
ACERCA DA PRÁTICA PROFISSIONAL EM UMA UNIDADE  
ONCOLÓGICO-PEDIÁTRICA**

Santa Maria, RS  
2019

Cristiane de Carvalho

**ACOLHIMENTO E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES  
ACERCA DA PRÁTICA PROFISSIONAL EM UMA UNIDADE  
ONCOLÓGICO-PEDIÁTRICA**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Me<sup>a</sup> Nadianna Rosa Marques

Santa Maria, RS  
2019

**Cristiane de Carvalho**

**ACOLHIMENTO E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES  
ACERCA DA PRÁTICA PROFISSIONAL EM UMA UNIDADE  
ONCOLÓGICO-PEDIÁTRICA**

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

**Aprovado em 10 de dezembro de 2019**

---

**Nadianna Rosa Marques, Me<sup>a</sup>. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Sheila Kocourek, Dra. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2019

## RESUMO

### ACOLHIMENTO E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES ACERCA DA PRÁTICA PROFISSIONAL EM UMA UNIDADE ONCOLÓGICO-PEDIÁTRICA

AUTORA: Cristiane de Carvalho  
ORIENTADORA: Me<sup>a</sup>. Nadianna Rosa Marques

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem a finalidade dar continuidade ao processo de aprendizagem e reflexões geradas no período do estágio curricular obrigatório e tem como objetivo compreender a importância do acolhimento em saúde pública e a sua interface com a intervenção do Serviço Social no contexto hospitalar na hemato-oncologia pediátrica. Traz reflexões a respeito da inserção do Serviço Social frente ao processo de trabalho na área da saúde, mais precisamente no campo oncológico. Inicia-se através da contextualização histórica e parte ao processo de trabalho do profissional assistente social inserido no campo da saúde, usando como objeto de pesquisa a revisão bibliográfica das produções textuais encontradas e o a vivência no campo do contexto hospitalar. Este estudo trata-se de um relato de experiência, desta forma a pesquisa busca abordar processos de trabalho do assistente social nas mais diversas expressões da questão social vivenciadas dentro da área da saúde na alta complexidade. O debate teórico que aqui se apresenta abarca as possibilidades de intervenção e os instrumentais utilizados, no caso, o acolhimento, destacando a importância do atendimento especializado e da criação de vínculo entre familiares, paciente e equipe de referência. Com isso a pesquisa também traz as contribuições da Política Nacional de Humanização e os parâmetros de atuação do Assistente Social que corroboram para compreensão da importância do acolhimento no ambiente da saúde coletiva, vinculado ao Serviço Social, e as consequências deste no atendimento oncológico.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Serviço Social. Saúde. Oncologia. Vínculo.

## ABSTRACT

### HOST AND SOCIAL SERVICE: REFLECTIONS ABOUT PROFESSIONAL PRACTICE IN A PEDIATRIC ONCOLOGICAL UNIT

AUTHOR: Cristiane de Carvalho  
ADVISOR: Me<sup>a</sup>. Nadianna Rosa Marques

The aim of this Course Conclusion Paper is to continue the learning process and reflections generated during the period of compulsory curricular internship and aims to understand the importance of public health reception and its interface with the intervention of Social Work in the hospital context. in Hemato pediatric oncology. It brings reflections about the insertion of Social Work in face of the work process in the health area, more precisely in the oncological field. It begins through the historical contextualization and starts with the work process of the social worker professional inserted in the health field, using as a research object the bibliographical review of the textual productions found and the experience in the hospital context field. This study is an experience report, so the research seeks to address work processes of the social worker in the most diverse expressions of social issues experienced within the health area in high complexity. The theoretical debate presented here encompasses the possibilities of intervention and the instruments used, in this case, the reception, highlighting the importance of specialized care and the creation of bonds between family, patient and referral team. With this research also brings the contributions of the National Policy of Humanization and the parameters of action of the Social Worker that corroborate to understand the importance of welcoming in the environment of collective health, linked to Social Work, and its consequences on cancer care.

**Keywords:** Welcome. Social service. Health. Oncology. Bond.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS**

CAPs - Caixas De Aposentadorias e Pensões

CNS - Conferência Nacional de Saúde

PNH- Política Nacional de Humanização

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

CF- Constituição Federal

OMS - Organização Mundial da Saúde

INCA- Instituto Nacional do Câncer

SUS - Sistema Único de Saúde

HUSM -Hospital Universitário de Santa Maria

CTCRIAC- Centro de Tratamento Crianças com Câncer

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 CAPÍTULO 1 - POLÍTICA DE SAÚDE COMO PERSPECTIVA DE DIREITO E SEGURIDADE SOCIAL</b> .....	10
2.1 Política Nacional de Humanização: Acolhimento e suas perspectivas .....	14
2.2 Desafios de enfrentamento do SUS na alta complexidade em tempos de escassez.....	20
<b>3 CAPÍTULO 2 - O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE/CONTEXTO HOSPITALAR</b> .....	24
3.1 Desafios de atuação do Assistente Social no contexto Saúde: limites e possibilidades.....	26
3.2 O acolhimento como processo de trabalho do Serviço Social no contexto Hospitalar: Perspectivas de Cuidado. ....	29
<b>4 CAPÍTULO 3 - O SERVIÇO SOCIAL NA HEMATO-ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DO HUSM: O ACOLHIMENTO COMO PERSPECTIVA DE CUIDADO</b> .....	36
4.1 - O Serviço Social no CTCRIAC .....	39
4.2 -Perspectivas do Serviço Social e acolhimento .....	41
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	49
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	51

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho inicia com um aporte histórico da saúde no Brasil e a inserção do assistente social na política de saúde do país. Ademais, faz uma reflexão sobre a importância desses profissionais frente as demandas sociais vivenciadas no campo de saúde.

A trajetória da política de saúde no Brasil ficou marcada após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como premissa a saúde como dever do Estado e direito de todos.

Entretanto, diversas foram e ainda são as dificuldades enfrentadas pelos usuários e profissionais da política, que com base nessas dificuldades iniciam a busca por uma melhor alternativa e com isso a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), que corrobora com orientações de trabalho dos profissionais inseridos na política de saúde no Brasil. O acolhimento vem sendo analisado como objeto de trabalho de equipes multiprofissionais, a fim de colaborar na compreensão do processo saúde/doença frente aos determinantes sociais. E busca-se efetivar um acolhimento de qualidade e que atenda a todas as demandas, principalmente, as sociais expressas no ambiente hospitalar.

O principal objetivo deste trabalho é compreender a importância do acolhimento em saúde pública e a sua interface com a intervenção do Serviço Social no contexto hospitalar na hemato-oncologia pediátrica.

Ao assistente social o acolhimento se torna um importante instrumento, quando se trata de um trabalho a ser desenvolvido com crianças acometidas de doenças oncológicas e suas famílias, durante o período de internação hospitalar.

Esta produção tem como metodologia uma revisão bibliográfica nas produções do Serviço Social e em legislações pertinentes ao acolhimento, especificamente vinculado ao Serviço Social e as contribuições na forma de o fazer profissional frente às demandas expressas no campo da saúde pública no Brasil, em contribuição para compreensão, bem como experiência pessoal no campo do estágio curricular obrigatório do curso de Serviço Social UFSM.

O primeiro capítulo perpassa sobre a política de saúde no contexto Hospitalar, abordando a política nacional de humanização, trazendo o acolhimento como perspectiva de cuidado. E faz uma contribuição para a

compreensão da importância de acolher o paciente usuário da política, mas principalmente a importância desse acolhimento voltado às necessidades do usuário.

O segundo capítulo traz uma reflexão sobre as práticas profissionais no ambiente hospitalar, os desafios e as possibilidades de intervenção profissional em uma sociedade desigual e frente a um governo voltado ao liberalismo econômico, capaz de reduzir os investimentos na saúde pública no país.

Por fim, o último capítulo apresenta um pouco do campo de estágio, fazendo uma reflexão sobre a prática profissional e as necessidades de intervenção do assistente social, munido de conhecimento teórico-metodológico capaz de atuar frente as expressões vivenciadas no ambiente hospitalar, aplicando as ferramentas técnico-operativas, afirmando a importância da profissão no campo e levando em consideração as necessidades das demandas apresentadas pelos pacientes, bem como a busca pela manutenção da ética profissional.

Entendemos que o presente trabalho pode contribuir para a compreensão da importância da realização do acolhimento, em ambiente hospitalar, e para reafirmação da profissão no âmbito, mas além disso o acolhimento sendo usado como uma ferramenta a ser realizada juntamente com outros profissionais, de modo que se busca reafirmar a importância da realização do acolhimento por assistente social em ambiente oncológico pediátrico.

## **2 CAPÍTULO 1 - POLÍTICA DE SAÚDE COMO PERSPECTIVA DE DIREITO E SEGURIDADE SOCIAL**

O Brasil tem como contexto histórico diversos problemas relacionados à saúde e sistema sanitário. No período colonial as condições sanitárias eram precárias e as taxas de mortalidade altas, as pessoas viviam no campo e não tinham acesso às mínimas condições sanitárias. (BRAVO, 2006).

Com o início do processo industrial no Brasil houve uma grande migração de pessoas que saíram das regiões camponesas às cidades industrializadas, buscando melhores condições de vida e de trabalho. Porém, devido à falta de estrutura das cidades, falta de condições de habitação e um aumento no número de moradores, as pessoas oriundas das regiões coloniais migraram para as regiões periféricas, fixando suas moradias em locais impróprios, sem condições salubres, o que conduziu ao início e agravamento de doenças relacionadas à falta de higiene e organização sanitária. (BRAVO, 2006).

A temática de saúde sempre foi pautada no Brasil, porém de acordo com a história, nem sempre foi prioridade, e primeiramente era destinada apenas aqueles que poderiam custeá-la. Com o processo de industrialização, após as veementes lutas dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e vida houve um aumento dos problemas relacionados à saúde. Conforme Paiva (2014), as pessoas foram acometidas as “doenças marcadamente da pobreza, como as verminoses e aquelas de veiculação hídrica”. (PAIVA, 2014, p. 05). Estas relacionadas à saúde, higiene, condições sanitárias foram as responsáveis pela crescente mortalidade na época.

Criou-se a necessidade de minimizar as situações em que se encontravam os trabalhadores e acalmar os problemas postos pelos trabalhadores, o estado na década de 1920 cria as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), e em 1923 a Lei Eloy Chaves, através do decreto nº 4.682 ,de 24 de janeiro que determinou a criação de uma CAPS para os empregados de cada empresa ferroviária que foi considerada, o ponto de partida da Previdência Social no Brasil, as CAPS funcionavam como uma espécie de previdência ,onde os empregados, empregadores e a união contribuía e tinham direitos a benefícios que outras entidades não teriam acesso. (BRAVO, 2006).

Houve algumas extensões dessa Lei em relação aos beneficiários, em 1926 (Lei nº5.109 de 20 de dezembro) foram incluídos os trabalhadores portuários e marítimos; no ano de 1928 (Lei nº 5.485, de 30 de junho) incluídos os trabalhadores dos serviços telegráficos e radiotelegráficos. (BRAVO, 2006).

Na década de 30 as CAPS foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS), que serviriam de suporte previdenciário, mas durante o período de 1945 – 1950 criou-se o Serviço Social Especial de Saúde Pública (SESP) conveniado a uma organização americana e patrocinado pela Fundação Rockefeller que foi modificada com o plano Salte em 1948 e não chegou a ser implantado. Todas com objetivo de melhorias na previdência social. Entretanto a saúde ainda não tinha linha de atenção específica (Bravo, 2006, p. 89-90).

Durante o período de 1945 – 1964 a saúde sofreu algumas tentativas de melhorias, onde o estado investiu mais em saneamento, mas não conseguiu eliminar doenças nem levantar as taxas de mortalidade em geral. O agravamento dessas condições acabou induzindo a unificação da previdência em 1966, o que levava o atendimento da saúde às IAPS, uma forma de o estado controlar gastos na saúde e previdência. (BRAVO, 2006).

A unificação da saúde e previdência além de agravar as manifestações populares, serviu também para uma espécie de controle do governo sobre as condições de vida e moradia dos sujeitos, pois a ditadura militar contribuiu para o acirramento das desigualdades sociais.

No final de 1970, com o acirramento das desigualdades e o relaxamento do regime ditatorial, criou-se movimentos populares que deram início a Reforma Sanitária, esta tinha como proposta a construção de uma nova política de saúde democrática, descentralizada e unificada.

O período de 1974 a 1979 foi um período de manifestações populares e reivindicações, com isso havia um objetivo de minimizar o enfrentamento da questão social e a emergência da criação do movimento sanitário, foi quando o Ministério da Saúde retomou as medidas da saúde pública no país, entretanto aumentaram-se as contradições do sistema. (BRAVO, 2006).

Somente em meados dos anos 80 a saúde passou a estar no centro de debate, o país acabara de passar por um processo de redemocratização política, momento em que atravessou uma ditadura militar que refletiu em consequências

que afetaram a situação sanitária e de saúde no país as quais as pessoas eram submetidas e seus direitos violados (BRAVO, 2006).

Com o forte direcionamento para redução de gastos, e vertente histórica de privatizações e exclusões no âmbito da saúde, o estado brasileiro estava inclinado a uma mercantilização da saúde no país. Foi então que profissionais e movimentos sociais começam uma articulação com intuito de que o tema fosse levado até as discussões políticas e fosse abordado com maior interesse por parte dos governantes (BRAVO, 2006).

Conforme Bravo (2006), que relata o modelo descrito por Oliveira e Teixeira Fleury, o marco inicial da política de saúde no Brasil, foi em 1986 durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em Brasília, e tem como diferencial a participação de quatro mil e quinhentas pessoas, que versa sobre temáticas como: Saúde como direito inerente à personalidade e a cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o Financiamento Setorial.

A 8ª conferência Nacional de Saúde foi um acontecimento importante quando se trata de politização da saúde, pois Bravo (2006:96) traz uma contribuição de Teixeira (1989:50-53) que reflete sobre o objetivo de viabilizar a inclusão de demandas da saúde e implementação de mudanças na área da saúde, tornando-as acessíveis a população, incorporando a democracia na política de saúde. Bravo ainda aborda que as contribuições favoreceram a criação de um sistema unificado de saúde, retirando o atendimento local, descentralizando a política e administração em assuntos relacionados a saúde, além da universalização do atendimento (BRAVO, 2006).

Foi criado em 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), então proposta posteriormente a Reforma Sanitária<sup>1</sup> e implementação do Sistema Único de Saúde. E em 1988 com a promulgação da Constituição Federal Brasileira buscou-se aparar as arestas e reduzir as desigualdades sociais acumuladas nos anos anteriores, porém apenas acirrou a política de interesses quando trouxe a terceirização para o setor (BRAVO, 2006).

---

<sup>1</sup> Houve uma emenda popular representada por Sergio Arouca para defender a saúde no plenário da Assembléia Constituinte que foi assinada por 50 mil eleitores, serviu para pressionar a adaptação do texto constitucional no que se refere a política (BRAVO, 2006).

Iniciou um processo mercantilização da saúde, com a intervenção de empresas terceirizadas os serviços de saúde passaram a ser comercializados e as empresas prestadoras de serviço tinham interesses em acúmulo de capital, destinada as pessoas que tivessem condições de arcar com os custos.

Após a Constituição de 1988 a saúde passa a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado, cabendo ao poder público ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Com a constituição federal de 1988 a saúde junto da assistência social e a previdência passam a integrar o tripé da seguridade social, de acordo com o artigo 194 da Carta Maior, compete ao poder público assegurar os direitos dos referidos.

Cria-se em 1988 um Sistema Único de Saúde – SUS, integrando todos os serviços públicos de forma regionalizada, hierarquizada e descentralizada com participação da comunidade. Desta forma, o setor privado passa a servir como complemento do sistema.

[...] cabendo destacar a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular à ausência de resultados concretos de melhoria de atenção [...]. (BRAVO.M.I.S, 2006).

Ocorre que nos anos 80, iniciam-se movimentações contrárias a Reforma e surgem questionamentos quanto a sua eficácia, o estado não estava abarcando as demandas da sociedade. Nos anos 90 transcorre uma Reforma Constitucional que desmonta a política de Seguridade Social assegurada pela constituição de 1988, e ocorre a transformação para Previdência Social, tendo como caráter o seguro. (BRAVO, 2006).

A saúde fica vinculada ao mercado, a fim de reduzir os custos, com relação ao SUS, percebeu-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais, além da omissão do governo na regulamentação e fiscalização. (BRAVO 2006).

Conforme Bravo (2006), o governo não consegue cumprir com seu papel de fiscalização, manutenção e regulamentação da saúde no Brasil, a saúde ainda é vista como um problema para algumas pessoas. Porém, o SUS cumpre seu papel de oferecer saúde de qualidade a grande parte da população. Diversas pessoas dependem dos tratamentos, medicamentos e serviços oferecidos pelo SUS.

O SUS foi criado com objetivo de atender a população que não tem como arcar com os custos do sistema de saúde privado e além disso atender a toda população de forma universal, ainda existem grandes desafios e lutas a fim de avançar para uma política de saúde que seja capaz de assistir a todas as necessidades dos usuários, mas deve-se entender a importância do SUS e lutar pela manutenção dele, a fim de melhorar a rede de atendimento em atenção básica, média e alta complexidade.

Grande parte dos problemas do SUS estão na administração e repasse de verbas, porém os seus principais problemas estão vinculados ao atendimento por conta da ação profissional das equipes de atendimento, fatores agravados por profissionais sobrecarregados, estruturas e ferramentas deficitárias, além da terceirização nos setores vinculados.

O SUS é um modelo de um sistema de saúde pública e gratuita que existe apenas no Brasil, e acaba se tornando um modelo para o restante do mundo, que na sua grande maioria depende de sistemas privados. A manutenção de um sistema totalmente gratuito depende de todos os envolvidos, população em geral, profissionais e poder público.

Por fim, entende-se que a saúde pública no Brasil, tem sido palco de debates e mudanças históricas, os avanços estão pautados nas lutas das categorias profissionais, e o poder público tem o interesse de regulamentar esse sistema reduzindo custos e cerceando direitos.

Almejando isso, criou-se uma Política Nacional de Humanização que visa a melhoria na gestão da saúde pública no Brasil e o envolvimento de todos os setores relacionados ao sistema de saúde no Brasil, abarcando usuários, profissionais e rede sócio, com intuito de atender as necessidades e garantir os direitos fundamentais dos indivíduos.

## 2.1 Política Nacional de Humanização: Acolhimento e suas perspectivas

Devido as diversas mudanças vivenciadas no sistema de saúde pública no Brasil, desde sua implementação, muitas foram as necessidades observadas quanto a sua administração e execução, a fim de atender as necessidades dos

usuários e de intervir de forma positiva garantindo direitos fundamentais. Uma espécie de atuação transversal a política de saúde e demais políticas.

A política Nacional de Humanização foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, como uma forma de pôr em prática os princípios do SUS, e conta com equipes regionais vinculadas a Secretaria de atenção à Saúde do Ministério da Saúde. (PNH, 2013).

A política foi pensada através da perspectiva de melhorias na gestão da política de saúde, possibilitando a comunicação entre usuário, profissionais de saúde e a rede sócio afetiva. Procura-se entender os direitos dos trabalhadores e usuários, e qualificar o atendimento, traz algumas orientações e diretrizes éticas para o atendimento humanizado dos usuários. (PNH, 2013)

A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. (PNH, 2013).

A Política Nacional de Humanização aborda diretrizes que orientam o trabalho dos profissionais ligados a saúde, onde a gestão participa ativamente, incluindo os sujeitos a tomadas de decisão e na própria gestão. (PNH, 2013).

Tem como objetivo criar espaços que possam acolher os usuários mediante suas necessidades, além de trabalhadores e rede. Tem como premissa a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários de saúde. (PNH, 2013).

Cria mecanismos para reduzir o sofrimento e o adoecimento dos mesmos através da Clínica Ampliada e Compartilhada, e traz como preceito o acolhimento multiprofissional. (PNH, 2013).

Clínica ampliada e compartilhada na PNH vem como uma ferramenta que contribui para um enriquecimento diagnóstico, e tem como forma um diálogo qualificado entre profissionais e usuários, capaz de evitar a fragmentação dos conhecimentos e das ações de saúde e seus danos ou a ineficácia dos tratamentos. A clínica ampliada pode ser relacionada ao acolhimento devido a necessidade de uma escuta sensível e qualificada estreitando vínculos entre profissionais e usuários de saúde. (PNH, 2013).

Campos (2005), compreende que o processo de humanização tem dificuldades a serem enfrentadas, pois existe uma relação de força entre a política econômica que tem como objetivo reduzir custos e produzir crescimento nos atendimentos deixando de lado as necessidades e condições de vida dos usuários.

O autor supracitado também aponta que a (des)humanização no sistema de saúde está ligada ao ser humano e traz como justificativa a combinação de problemas estruturais, posturas alienadas e burocratizadas dos agentes envolvidos. Desta forma compreende-se que a clínica ampliada propõe práticas em saúde focadas no acolhimento ao sujeito, buscando uma perspectiva para além do processo saúde-doença. Compreende-se também que cabe ao profissional inserido buscar minimizar essas dificuldades, estando cientes das realidades enfrentadas pelos usuários e criando mecanismos de contornar os problemas físicos-estruturais do sistema.

No SUS a política de Humanização depende da gestão compartilhada, e de uma extensão a todas as regiões e serviços do sistema, além de uma mudança das estruturas e forma de trabalhar dos profissionais envolvidos, a redução da burocratização e melhoria de normas que visam a valorização do poder e práticas autoritárias. (CAMPOS, 2005).

Com isso percebe-se que existe uma política que visa abarcar a demanda de cada indivíduo que necessite do sistema de saúde, além de aproximar o profissional de saúde, envolvendo toda equipe multiprofissional e fazendo com que essa equipe atue de forma humanizada garantindo direitos dos usuários. A ideia de uma política melhor estruturada e sem as relações de poder existentes voltadas ao saber médico, valorizando cada profissional envolvido e entendendo as demandas trazidas pelos usuários do sistema, considerando as regionalizações do sistema de saúde e envolvendo as unidades de baixa, média e alta complexidade em saúde.

Os dispositivos que a PNH utiliza servem como meios de estimular a inclusão de novos métodos de cuidado e organizar o trabalho dos profissionais em saúde além de incluir nas decisões os usuários do serviço. (PNH, 2013).

Seus princípios são a transversalidade que entende que diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência do usuário assistido. A indissociabilidade entre atenção e gestão, que vem como

forma de participação nas organizações de saúde, o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivo onde o sujeito expressa à vontade, além de a corresponsabilização dos usuários e sua rede sócio familiar no que tange a responsabilidade do cuidado de si nos tratamentos. (PNH, 2013).

A PNH tem como diretriz o acolhimento dos usuários; a gestão participativa e a cogestão; ambiência que visa criar espaços acolhedores que respeitem a privacidade dos atendimentos; a clínica ampliada e compartilhada; a valorização do trabalhador ;defesa dos direitos dos usuários ; formação e intervenção a formação dos profissionais, além de a rede HumanizaSUS que possibilita através das experiências vivenciadas a criação de materiais que possam contribuir para superar desafios e para produção de conhecimento. (PNH, 2013).

Gastão entende que muitas são as dificuldades a serem vencidas, na PNH ainda tem como principal problema a lógica dominante e as políticas econômicas são avaliadas pela lógica de crescimento e não pela necessidade das pessoas., mas também entende que as relações sociais estão fragilizadas em função da desumanidade das pessoas e que para que haja uma melhora na política deve-se aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas. Envolve também outras estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral frente ao poder e a autoridade do saber e das práticas sanitárias. Valorizar a presença de acompanhantes nos processos de tratamento, bem como modificar as regras de funcionamento de hospitais e outros serviços também em função de direitos dos usuários. (CAMPOS, 2005).

### **O Acolhimento na Política de Saúde**

A saúde é um direito de todos e dever do estado conforme está previsto na Constituição Federal de 1988, porem o estado não conseguia abarcar todas as necessidades dos usuários de forma a atender as demandas existentes de maneira que pudesse suprir outras necessidades profissionais além de a relação saúde-doença.

Pensando nisso foi criada a política nacional de humanização que tem como premissa a melhoria do atendimento aos usuários do sistema de

saúde, além de um atendimento humanizado e pautado na atenção ao usuário considerando suas necessidades.

A PNH, tem como principal diretriz o acolhimento em saúde, um atendimento que deve ser realizado de forma individual, tornando-o paciente/usuário ser social participe ativo nas decisões a respeito do seu tratamento; propiciando um atendimento especializado a cada necessidade. O acolhimento conforme a política de humanização “tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.”; porém diversas são as discussões e contribuições a respeito do acolhimento na prática profissional no âmbito da saúde, a fim de compreender a necessidade e importância de um acolhimento de qualidade. (PNH, 2013).

O acolhimento e sua prática foi analisado por, Chupel e Miotto que trazem perspectivas de diferentes autores quando discutem as contribuições das diferentes concepções acerca do acolhimento para o Serviço Social, e com isso aborda os autores Franco, Bueno e Merhy (2003) a respeito do assunto, as referidas Chupel e Miotto citam o acolhimento como forma de reorganização dos serviços , entendem que o fato de acolher o usuário reorganiza o serviço de acordo com a necessidade de cada usuário , ou seja, um atendimento usuário-centrado, facilitando o trabalho de uma equipe multiprofissional capaz de atuar nas diferentes demandas encontradas. Com isso deve-se utilizar dos preceitos da PNH, durante os atendimentos, facilitando a relação trabalhador-usuário. (CHUPEL; MIOTTO, 2010).

As supracitadas autoras trazem a contribuição de Campos (1997), que entende o acolhimento como processo de reorganização dos serviços e ampliação do coeficiente de autonomia, ele cita que os serviços de saúde devem de forma a utilizar a integralidade, trabalhar para aumentar a capacidade de autonomia dos sujeitos entendendo que cura e a promoção da saúde estão ligadas ao histórico psíquico, e o meio social em que vivem. Esse acolhimento pautado nessas características favorece a ampliação do Coeficiente de autonomia e valoriza a necessidade da escuta e fala dos usuários contribuindo para formação de vínculo com profissionais. (CHUPEL; MIOTTO, 2010).

O acolhimento também é abordado por Teixeira (2005) no mesmo texto de Chupel e Miotto, como sendo uma conversa substancial ao trabalho em saúde, porém com a preocupação de não transformar um atendimento qualificado em uma conversa simples a fim de banalizar a ferramenta levando a rede tecno assistencial a ser confundida com rede de conversações favorecendo ao esvaziamento conceitual. (CHUPEL; MIOTTO, 2010).

O processo de acolher pode ser pensado a partir de três dimensões, como postura, técnica e como orientação de serviços. Para os autores Silva Junior e Mascarenhas (2006), acolher como postura cabe a cada profissional receber, escutar e tratar com humanidade cada paciente e demanda apresentada; como técnica é um facilitador na discriminação de risco e na oferta de soluções das demandas; e por fim como orientação de serviços enriquece a intervenção dos profissionais nas necessidades dos sujeitos. CHUPEL; MIOTTO, 2010).

Por fim Chupel e Miotto trazem a contribuição do autor Farias (2007), que analisa o acolhimento a partir do referencial ético, ele menciona que acolher conforme a PNH está diretamente ligado as relações humanas, e que as mesmas podem provocar conflitos éticos e fazer parte de políticas públicas que talvez não alcancem o direito inviolável a saúde, porém vê o acolhimento como estratégia de humanização. (CHUPEL, MIOTTO 2010)

Conforme MOTTA, FIGUEIRAS, PERUCCHI (2014), o acolhimento tem um papel de suma importância no atendimento e encaminhamento do serviço, para um profissional em Serviço Social o acolhimento contribui para um bom encaminhamento e com ele deve-se potencializar a relação de vínculo e a troca de informações.

O acolhimento, na Política Nacional de Humanização, não se resume a ações isoladas e pontuais, como por exemplo, uma recepção confortável, de boa dimensão espacial, uma triagem administrativa, ou um bom encaminhamento para serviços especializados. Ele deve ser atravessado por processos de responsabilização, buscando a criação de vínculo a partir da escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e decisões que possibilitem intervenções pertinentes e eficazes em torno das necessidades dos usuários do serviço de saúde. (PASCHE, 2010, p.124).

Muitas são as discussões em torno do acolhimento , porém é visto como uma ferramenta utilizada pela política de humanização ,e sua prática é de suma importância e relevância em diversos serviços, entretanto seu principal objetivo conforme a PNH é ser realizado nos serviços de saúde proporcionando a integralidade do atendimento e favorecendo os indivíduos que devem ser recebidos , e acolhidos de forma humana capaz de fomentar a criação de vínculos e a busca pelas melhorias na qualidade de vida e saúde dos usuários.

## 2.2 Desafios de enfrentamento do SUS na alta complexidade em tempos de escassez

O sistema único de saúde tem fragmentações no seu formato de atendimento, os processos são separados na sua totalidade em atenção básica, média e alta complexidade.

A alta complexidade ou atenção especializada compreende conforme o ministério da saúde em procedimentos que envolvam tecnologia e alto custo, e tem como objetivo ofertar à população serviços qualificados, integrando a rede de saúde. As principais áreas que compõem a alta complexidade estão organizadas em redes de atendimento como

“...assistência ao paciente portador de doença renal crônica ;assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida” (MINISTERIO DA SAUDE, 2019).

Porém administrar, gerir e organizar um sistema como o SUS que abrange todos os habitantes brasileiros tem suas peculiaridades, mesmo sendo separado por níveis federal, estadual e municipal, não consegue-se atender a todas as

necessidades do sistema de saúde. Além da fragmentação por níveis, a esfera estadual dos estados tem uma divisão por regiões, compreendendo várias cidades em uma mesma região.

Os atendimentos ocorrem nas esferas municipais, e devido a burocratização do sistema, os usuários necessitam buscar atendimentos na esfera das unidades básicas de saúde, e quando necessário encaminhados a média ou alta complexidade para atendimentos especializados dependendo da demanda de saúde que necessite.

Com isso ocorre a demora nos atendimentos e na iniciação em tratamentos, além do acúmulo das filas de espera, favorecendo a uma visão negativa do SUS, a falta de profissionais corrobora para essa demora, além da redução dos investimentos na saúde e educação o que afeta os resultados dos processos e tratamentos enfrentados pelos usuários de saúde.

A alta complexidade tem como um dos seus limites as empresas de administrações hospitalares, empresas terceiras que pelo ato normativo de licitações assumem toda administração dos serviços hospitalares, desde a administração das compras de produtos por meio dos repasses do estado, contratação de profissionais, pagamentos e organização interna das instituições.

As terceirizações tem como objetivo defendido pelos governos a redução de custos, o que não reduz o caráter de comercialização da saúde, também têm o viés da precarização dos serviços além da falta de fiscalização dos mesmos o que contribui para uma visão negativista e negligenciada da saúde pública no Brasil.

O que não se percebe, é que o SUS, não está somente vinculado ao atendimento em saúde, ele abrange diversos setores como vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, e ambiental além de assistência farmacêutica.

A saúde pública no Brasil além dos problemas históricos e de cortes financeiros teve grandes avanços, no campo de pesquisas, atendimentos e no campo da humanização, se viu a necessidade do reconhecimento de outras áreas de saber, e passou a considerar as diversas necessidades dos usuários, além de um atendimento integral a saúde não responsabilizando apenas o usuário, mas o meio em que ele vive e as condições que estão impostas a ele. Muitas ainda são as dificuldades enfrentadas pelos brasileiros, mas a luta pela manutenção do sistema único de saúde, que assegure a universalidade,

equidade e a integralidade, rejeitando toda forma de exclusão e preconceito, que atue de forma regionalizada e hierarquizada com a participação popular, deve ser o principal motivo de luta pela manutenção e afirmação desse sistema tão importante para a população do país. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2019).

Cabe ao estado criar políticas de proteção social, sendo a saúde a principal delas, entretanto a criação de um sistema de proteção social no Brasil se deu de forma positivista em um momento histórico marcado pelo crescimento econômico e acirramento das desigualdades sociais.

Conh, Nunes, Jacob e Karsch entendem que a seguridade social enfrenta problemas desde o início da sua reformulação, não apenas restringe benefícios e prestações de serviços, se trata de uma concepção de seguro social capaz de assegurar direitos como saúde, previdência e assistência social, e que elas vêm sofrendo com as mudanças dessa nova identidade, quando trabalha com a dicotomia de superar histórias no setor de saúde, entre o universal e o particular, o público e o privado, preventivo e o curativo, o rural e o urbano, o carente e o não carente, a assistência médica previdenciária e a não previdenciária, entre o discurso e a prática das políticas de saúde.” (CONH; NUNES; JACOB & KARSCH, 2015, p.16).

A contribuição dos sindicatos e a adoção de políticas de proteção ao trabalho contribuíram para o crescimento dos salários e a inclusão de benefícios ao trabalhador. O que não favoreceu a camada mais pobre da população, apenas acirrou as desigualdades sociais. A proteção social é um sistema nacional que cabe ao estado oferecer serviços de proteção que ameaçam os indivíduos, constituído pela arrecadação de impostos e contribuições sociais. (VIANA; SILVA, 2018).

As dificuldades enfrentadas nos sistemas de proteção social se dão através do fim do planejamento estatal, privatizações de empresas estatais e serviços públicos, falta de regulamentação financeira, desregulamentação trabalhista, redução de impostos, e o livre fluxo de mercadorias capitais. (VIANA; SILVA, 2018).

Desta forma, Couto 2015 entende que a saúde como proteção social, deve-se analisar a história, e essa está vinculada a trajetória do Serviço Social no país. O fato de a proteção social ainda ser confundida com o assistencialismo e o enfrentamento dessa contradição estar vinculado aos preconceitos da

população contribuem para desvinculação dos valores dos direitos sociais e faz com que as pessoas vejam as políticas de proteção social de uma forma distorcida da sua real função. (COUTO, 2015).

Por se tratar de uma profissão capaz de atuar nas expressões da questão social, o profissional em Serviço Social está diretamente ligado a políticas de proteção social e tem como desafio proteger o trabalhador de condições adversas e possíveis ações conservadoras ligadas a proteção social. (COUTO, 2015).

Couto entende que deve-se romper com a ideia de que o trabalho do Serviço social deva estar vinculado ao Serviço Social conservador tradicional, e que independente da política social que esteja inserido o profissional deve estar buscando a execução de uma política social desvinculada a ideia de exploração das relações capitalistas. (COUTO, 2015).

Esse movimento de cortes de gastos, terceirização dos serviços, escassez de mão de obra, acirramento das desigualdades sociais e do desemprego e a falta de perspectiva de investimentos do sistema público em políticas de seguridade social, principalmente nos serviços de saúde, afetam a sociedade de maneira geral contribuindo para o processo de adoecimento da população. As diversas demandas que surgem em decorrência da redução de políticas públicas que abarquem a necessidade dos usuários dos serviços, fazem com que o país afunde na pobreza e reduza sua capacidade de atenção aos setores deficitários.

Com isso o Serviço social tem papel fundamental em todos os setores das políticas sociais e na saúde seu papel é de suma importância, por se tratar de um profissional qualificado em atender as demandas relacionadas a questão social em que os indivíduos são submetidos, além disso o profissional busca constantemente em sua prática através da leitura da realidade, estratégias de inserção, acolhimento e garantia dos usuários nas políticas públicas.

Desta forma o próximo capítulo irá abordar a inserção do assistente social na saúde, sua atuação no contexto hospitalar, além dos limites e possibilidades de atuação profissional na saúde. Por fim compreender o acolhimento como processo de trabalho do assistente social e as perspectivas de cuidado.

### 3 CAPÍTULO 2 - O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE/CONTEXTO HOSPITALAR

O Serviço Social na sua concepção teve como base o Serviço Social europeu com pressupostos voltado para prática da caridade e vinculado a igreja católica. Porém devido aos resultados da industrialização houve um aumento significativo de problemas sociais que fizeram com que fosse necessário um profissional que atendesse as demandas dos efeitos das contradições do novo formato de produção pautado na exploração. (BRAVO, 2013).

As primeiras escolas foram fundadas em 1923, ligadas as ações sociais da igreja tinham como estratégia o reagrupamento de forças para reconquistar seus interesses. Em 1932 foi criado o Centro de Estudos de Ação Social (CEAS), também vinculado a instituição, para promover o estudo da doutrina religiosa. (BRAVO, 2013).

No Brasil no período de 1930 a 1945, com o objetivo de controlar a sociedade, contudo após o fortalecimento do capitalismo e o término da 2ª Guerra Mundial se fez necessária uma mudança, surgiram as estatais, sendo elas Departamento de Assistência Social do Estado de São Paulo, o Departamento Nacional da Previdência, a Legião Brasileira de Assistência e o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial, localizadas em cidades atingidas por greves, e em 1936 foi fundada a 1ª escola de Serviço Social do Brasil em São Paulo. E no Rio de Janeiro em formato de escolas técnicas. (BRAVO, 2013).

No período de 1930 o Serviço Social foi se inserindo inicialmente no setor de saúde, como Serviço Social Médico, e atuava de forma a ajudar o médico na elaboração de fichas e auxílio financeiro para aqueles que necessitassem. Ficando visado como profissional que efetuava a educação e tecnificação da assistência. (BRAVO, 2013).

Em 1944 a profissão foi institucionalizada na previdência social de forma gradativa e intensa, estando vinculado a proteção social das IAPS e CAPS, consistia em esclarecer os direitos e deveres dos segurados. (BRAVO, 2013).

O campo da saúde que passa a ser visto como campo de atuação profissional mediante a influência americana, que adota após o Congresso de Serviço Social interamericano nos Estados Unidos. (BRAVO, 2004).

Em 1948 surge um novo conceito em saúde, que vê o sujeito como agente biopsicossocial, aumentando o número de ofertas de vagas no campo da saúde.

A ideia era criar mecanismos preventivos e educativos visando reduzir as desigualdades sociais. (BRAVO, 2004).

Os profissionais trabalhavam nos hospitais entre a instituição e a população, porém, conforme Bravo, não assegurou sua inserção nos Centros de Saúde criados na década de 20, e nesses locais além de não contarem com profissionais assistentes sociais atendiam as seguintes necessidades da “clientela”. (BRAVO, 2004).

“...higiene pré-natal, infantil, pré-escolar, tuberculose, verminose, laboratório e as atividades tinham como proposta fundamental introjetar na população, educação sanitária por intermédio de educadores de higiene, professores instruídos em assuntos sanitários, como também testar formas específicas de descentralização do trabalho sanitário nas grandes cidades. Os centros de saúde contavam, para o desenvolvimento de suas atividades, com médicos, enfermeiras e visitadoras...” (BRAVO; MATTOS, 2004, p.4)

Até 1960 o Serviço Social não sofreu grandes modificações, mas com o golpe de 1964 o conservadorismo exigiu a renovação da profissão. No período de 1965 a 1975 o Centro Brasileiro de intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS), difundiu o que Netto (1996) aborda como perspectiva modernizadora, onde tinha como ordem adequar a profissão as novas exigências do sistema político atual e inserir a profissão em uma moldura teórica metodológica. (BRAVO, 2004).

No ano de 1974 a 1979 o Serviço Social na saúde não se alterou, mas na década de 80 foi um período de mudanças, houve um aprofundamento da crise econômica e a ampliação do debate teórico, além de o Estado e políticas sociais fundamentadas no marxismo. Mesmo o movimento sanitário sendo construído durante os anos 70 e a 8ª Conferência de Saúde ter ocorrido em 1986, é somente com a Constituição Federal de 1988 que a saúde passa a ser tema de preocupação e responsabilidade do estado, tudo graças a união de dois movimentos trabalhistas em prol da saúde no Brasil. (BRAVO, 2004).

O Serviço Social passa a ser reconhecido como profissão em saúde, a partir do momento em que reconhece à saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho dos indivíduos e o meio em que estão inseridos; com isso ocorre a necessidade do reconhecimento de várias profissões que se fizeram necessárias, e a homologação do decreto Resolução 218 de 05 e 06 de março de 1990, que regulamenta as profissões de saúde no Brasil e vincula

juntamente com outras profissões de nível superior o profissional Assistente Social como trabalhador da saúde.(BRASIL, 2018).

Mesmo com o êxito da implantação do Serviço Social na Saúde em 1990 ainda se trabalha com a reafirmação da reforma sanitária, e a busca pela defesa da reforma tendo em vista as contradições dos dois projetos políticos de disputa, o projeto privatista e o modelo da reforma sanitária (CEFESS, 2010).

Com isso o Serviço Social passa a ser reconhecido como membro efetivo das equipes de saúde, juntamente com outras profissões através da Resolução nº 218 de 06 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde e ratificado pela Resolução CFESS nº 383 de 20 de março de 1999. (CEFESS, 2010).

A profissão do Assistente Social tem como objeto de trabalho as expressões da questão social, com as fortes mudanças no estado no sistema capitalista, quem sofre é sociedade em geral, devido a isso as desigualdades sociais e as consequências dessa desigualdade contribuem para um processo de acirramento do adoecimento da sociedade.

Muitos são os desafios a serem enfrentados pelos assistentes sociais dentro do contexto da saúde, um deles é que ainda nota-se uma baixa inserção na rede de atenção básica, devido à falta de investimentos na atenção primária. Em todos os níveis de classificação em saúde como de baixa, média e alta complexidade, mas o campo que mais contribui para contratação desses profissionais ainda está na alta complexidade, inseridos nos hospitais, e são esses desafios que entraremos no tópico a seguir.

### 3.1 Desafios de atuação do Assistente Social no contexto Saúde: limites e possibilidades

O Serviço Social no Brasil vem sofrendo com mudanças desde o seu início, porem no âmbito da saúde por volta de 1980 com a intenção de ruptura, a profissão passa a assumir uma maturidade acadêmica e representativa, a tendência da vertente marxista. (CFESS 2010).

Conforme Bravo (1998) relata que em 1990 houve o período de implantação do projeto neoliberal no Brasil, e na área da saúde houve uma disputa de dois projetos políticos, que passaram a requisitar das profissionais formas de atuação diferentes (CFESS, 2010).

O modelo privatista que tinha como base a seleção socioeconômica dos usuários, uma atuação psicossocial através de aconselhamentos, ação fiscalizatória dos planos de saúde, assistencialismo e o atendimento de forma individual. (CFESS, 2010).

Já o projeto de reforma sanitária apresenta ao assistente social demandas que popularizem o acesso a saúde e unidades do serviço aproximando as unidades com a realidade dos usuários, trabalho interdisciplinar; foco nas abordagens grupais e o acesso democrático a informações estimulando as participações populares. (CFESS, 2010).

Diante do exposto, o contexto histórico da saúde no Brasil afeta diretamente o Serviço Social e ambos os projetos ainda estão presentes no país, o projeto privatista tem como características a terceirização e a desfinanciarização da saúde no Brasil, o que afeta diretamente ao modelo de atuação profissional do assistente social (CFESS, 2010).

Com isso o Serviço Social obedece a lógica de defesa e aprofundamento do Sistema Único de Saúde e do projeto político da profissão que apresenta ferramentas para o trabalho dos assistentes sociais na área da saúde, respeitando as dimensões da profissão como prestação de serviços diretos a população, o planejamento, a assessoria, gestão, mobilização e participação social.

Conforme os parâmetros de atuação do Assistente social na saúde, o CEFESS aponta as seguintes recomendações, sendo elas : que o assistente social precisa estar articulado ao movimento dos trabalhadores e usuários lutando pela efetivação do SUS; conhece as condições de vida dos usuários e os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todos aos serviços de saúde e a rede de direitos sociais; estar contido no projeto de reforma sanitária; buscar a atuação em equipe levando em conta a interdisciplinaridade da atenção em saúde; estimular ações que reforcem a intersetorialidade e fortaleçam a articulação entre políticas de seguridade social; construir juntamente com outros profissionais espaços que garantam a participação popular e dos trabalhadores nas decisões a serem tomadas; participar de projetos de educação permanente e assessoria técnica sistematizando o trabalho desenvolvido; realizar investigações de temáticas

relacionadas a saúde; efetivar assessoria a movimentos sociais e conselhos potencializando participação popular. (CEFESS, 2010)

Vivemos em um contexto em que existe uma disputa de pensamentos e projetos completamente diferentes, um segue a vertente capitalista com a lógica da redução de custos, visando o endurecimento nos projetos e programas sociais contribuindo para o acirramento da pobreza e desigualdades sociais. O governo tem a necessidade de atender as demandas da população reconhecidas em Constituição Federal e com isso cria projetos que acalmam a população e mantém a ordem social. (ANDRADE; CASTRO, 2014).

Essa é uma das principais problemáticas enfrentadas pelos profissionais, o acirramento das expressões da questão social, vinculado a política de redução de custos e a falta de investimentos em projetos e programas que atendam às necessidades dos usuários, até mesmo a falta de infraestrutura e de pessoal em ambiente hospitalar corroboram para uma espécie de precarização do trabalho.

Por ser o assistente social um profissional que atua nas expressões da questão social, com conhecimento teórico metodológico, baseado em concepções ético políticas é capaz de operar no contexto hospitalar, tem um comprometimento histórico em manter a dignidade da pessoa humana buscando melhores condições de vida e a garantia de direitos sociais, civis e políticos, com isso a saúde é um dos maiores e principais campos de atuação profissional, necessita de uma compressão da totalidade das demandas expostas pelos usuários. (ANDRADE; CASTRO, 2014).

O profissional está norteado por um código de ética profissional que tem como premissa a igualdade, equidade e defesa intransigente dos direitos humanos, permitindo um atendimento pautado no respeito, humanizado o que contribui para compreensão da realidade a que os usuários estão inseridos.

Ademais, o sistema de saúde atual ainda está fundamentado no saber biomédico, considerando em alguns momentos como o único ou o principal saber a ser reconhecido. As necessidades atuais contribuíram para a inserção de novos profissionais no campo da saúde, porém devido as divergências de saberes e as contradições de pontos de vista ainda é muito difícil executar o trabalho multiprofissional.

O profissional que atua na área de saúde deve estar sempre reafirmando sua luta profissional, e reconhecer a importância do seu papel de atuação no

âmbito da saúde. Independente do estado em que se encontre nosso governo atual, sistema único de saúde e a unidade a que esteja inserido, cabe ao profissional fixar as possibilidades e os limites de sua atuação, respeitando os princípios éticos e contribuindo para emancipação e tratamento do usuário, além da defesa intransigente dos direitos humanos.

### 3.2 O acolhimento como processo de trabalho do Serviço Social no contexto Hospitalar: Perspectivas de Cuidado.

Acolher na língua portuguesa é um verbo, cujo emprego pode assumir vários significados de acordo com a forma empregada, entretanto, quanto processo de trabalho pode ser visto como técnica ou como característica de determinada postura profissional.

Desta forma a construção do vínculo com o usuário demanda também de um profissional que tenha capacidade de articular as dimensões da profissão a fim de garantir o acesso às políticas públicas. Desta forma, Kuhn (2016, p. 15) aponta: “Atuar sobre necessidades em busca da construção de algo que possa representar a conquista da superação da dor e do sofrimento promove a qualidade na vida e na cidadania”. Assim o trabalho de acolhimento é na compreensão da postura profissional como ação central de acessibilidade do usuário a política pública, uma forma de aproximar o encontro de vozes e necessidades presentes nos territórios. (KUHN,2016)

Conforme a Política Nacional de Humanização qualquer profissional pode acolher o paciente em qualquer setor de saúde, porém cada profissional vai acolher da maneira que interesse mais ao seu campo de conhecimento. Acolher no ambiente hospitalar concerne em receber o usuário no sistema e também a forma como o usuário é recebido, devido a isso o acolhimento tem tanta importância no sistema único de saúde. (PNH, 2013).

O Serviço Social no Brasil, vem desempenhando um papel fundamental, a fim de reduzir desigualdades sociais geradas pelo sistema capitalista, promovendo aos seus usuários a autonomia e a busca por seus direitos. O profissional de Serviço Social deve estar orientado pelo seu código de ética

profissional, a fim de contribuir para defesa intransigente dos direitos humanos dos usuários e abolir todas as formas de discriminações e preconceitos.

Porque o acolhimento feito pelo Assistente social será diferenciado em virtude de o profissional ter como base o uso da instrumentalidade no exercício profissional, conforme Iolanda Guerra, o assistente social construiu ao longo do seu processo de formação histórica meios capazes de um fazer profissional voltado a capacidade e propriedade constitutiva da profissão, a autora menciona que instrumentalidade não condiz apenas com conjuntos de instrumentos e técnicas. E que o assistente social tem total capacidade de identificar necessidades sociais a que o usuário esteja inserido, a política de saúde compreende diversas expressões da questão social, e cabe ao profissional assistente social compreender as demandas e articular através dos instrumentais técnico operativos como escuta qualificada, acolhimento, entre outros as necessidades dos usuários, sempre pautado no compromisso ético político profissional, agregando a sua prática o conhecimento técnico nos preceitos teórico metodológicos. (GUERRA, 2000).

Iolanda Guerra entende que na sociedade capitalista desigual as questões sociais estão sempre em movimentação e o profissional Assistente Social tem capacidade de modificar, alterar as condições e relações interpessoais e sociais que existem no nível cotidiano da realidade social. (GUERRA, 2000).

Ao alterarem o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, modificando as condições, os meios e os instrumentos existentes, e os convertendo em condições, meios e instrumentos para o alcance dos objetivos profissionais, os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações. Na medida em que os profissionais utilizam, criam, adequam às condições existentes, transformando-as em meios/instrumentos para a objetivação das intencionalidades, suas ações são portadoras de instrumentalidade. Deste modo, a instrumentalidade é tanto condição necessária de todo trabalho social quanto categoria constitutiva, um modo de ser, de todo trabalho. (GUERRA, 2000, p. 02).

Com o aumento das expressões da questão social, devido as condições de moradia, trabalho, saneamento, nutrição, educação e lazer em que a população vem sendo exposta, com o passar dos anos houve um aumento do adoecimento das pessoas. A necessidade de profissionais capacitados para acolher as mais variadas necessidades dos usuários no setor de saúde, fez-se

necessária a inserção de diversos profissionais multiprofissionais, que pudessem trabalhar no processo de compreensão do processo saúde/doença que vem como decorrência das condições de vida dos indivíduos, buscando considerar a integralidade da atenção à saúde.

O acolhimento está inserido na saúde a muito tempo, mas a principal discussão é que tipo de acolhimento está sendo ofertado aos usuários do sistema, o simples fato de acolher vinculado a um ato de bondade ou o ato de acolher estando preocupado com as demandas e necessidades de cada usuário.

Essa discussão cabe ao processo de noção de acolhimento que na saúde se qualifica ora em uma dimensão espacial que se apresenta na recepção administrativa e ora como ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Ambos são relevantes, porém se tomados em separados podem se restringir a ação isolada descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Nessa visão ,muitos serviços de saúde reproduzem o processo de adoecimento das pessoas , pois produzem uma espécie de segregação das pessoas a serem atendidas ,como por exemplo nos atendimentos em que os pacientes devem esperar em filas de espera ,oferecem serviços que não estão de acordo com a necessidade do usuário , muitas vezes reforçando a lógica dos resultados, atendem pessoas com graves problemas de saúde sem acolhê-las de forma humanizada ,rompendo o vínculo com o serviço, a sobrecarga de serviços favorecem ao atendimento rápido de modo a prejudicar sua capacidade de avaliação das necessidades , entre outros problemas percebidos nos problemas de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Perde-se a lógica de um atendimento humanizado e focado nas necessidades de cada usuário de acordo com cada demanda que o mesmo emana. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Por ser um profissional capacitado a atuar nas expressões da questão social e na política de saúde, o assistente social está vinculado a um projeto ético político voltado a buscar a efetivação dos direitos sociais e a garantia de acesso a todas as políticas públicas que se fizerem necessárias aos usuários, conforme o Código de Ética do Assistente Social , são deveres dos profissionais entre

outros , a empenhar a viabilização de direitos sociais, administrar e repassar os serviços sociais aos assegurados e corroborar para a criação de mecanismos que contribuam a relação entre os usuários e os profissionais envolvidos , além de informá-los sobre todos os processos a serem realizados quando necessário e solicitado pelos usuários.(CÓDIGO DE ÉTICA – CFESS, 1993).

De acordo com Chupel e Miotto o acolhimento faz parte do processo histórico do Serviço Social, sentiu-se a necessidade de ampliar as discussões acerca do Serviço Social na saúde e interface com o acolhimento, pela relevância da temática na prática profissional. De acordo com um estudo exploratório de natureza qualitativa que ambas fizeram em hospitais estaduais de Florianópolis, alguns profissionais definem o acolhimento como sendo necessário para o fornecimento de informações, conhecimento da demanda, escuta, postura profissional, comportamento cordial e quando realizado juntamente com outros profissionais, compõem no momento da classificação de risco, além de oferecer suporte as questões que emergem as condições de saúde. Conforme sugere a PNH. (CHUPEL; MIOTTO, 2010).

Essas concepções de acolhimento em separadas não tem eficácia quanto ao objetivo de acolher conforme a PNH, porém elas em conjunto corroboram para a compreensão de um fazer profissional qualificado e focado na qualidade do atendimento do usuário-centrado. (CHUPEL; MIOTTO, 2010).

Acolhimento como fornecimento de informações é quando o profissional fornece ao usuário as informações necessárias referentes ao tratamento, funcionamento do sistema e instituição e políticas públicas. Acolhimento como conhecimento de demanda é o mecanismo que o profissional usa para conhecer as necessidades dos usuários e as demandas por ele vividas. Acolhimento como processo de escuta, qualifica o atendimento e aproxima o profissional do usuário favorecendo o vínculo e oferecendo ao usuário o simples fato de ser ouvido. Acolhimento como postura profissional é visto como uma diretriz, aceção, escutar, receber de maneira humanizada. Acolhimento como perspectiva de ajuda, vista como um comportamento cordial, receber de forma calorosa. E por fim acolhimento como classificação de risco tem origem na PNH e aparece como diretriz de implantação, onde os profissionais podem atuar com outros profissionais. (CHUPEL; MIOTTO, 2010).

O acolhimento para o profissional Assistente social como característica acolher de forma humanizada e capaz de facilitar o processo de compreensão das necessidades dos usuários e frente a isso planejar seu processo de trabalho, atuando de forma a contribuir para a redução das desigualdades sociais enfrentadas e suprir necessidades imbricadas no processo de saúde-doença. (CHUPEL; MIOTO, 2010).

Gastão Campos se baseia no pensamento de Kant quanto a racionalidade da práxis, e entende que não basta o conhecimento teórico, saber as tecnologias o profissional deve considerar como objetivo do trabalho, que os valores éticos se modificam o que faz com que amplie a racionalidade técnica. (CAMPOS, 2011).

As condições de racionalidade apresentadas pelo autor, puderam ser vivenciadas no período do estágio em um contexto hospitalar. Pois atualmente os hospitais universitários, são gerenciados por empresa governamental, porém com princípios fortes e enraizados de uma lógica neoliberal, a qual apontam o hibridismo entre o público e o privado, propõem a quantificação do trabalho na saúde. Lógica a qual o assistente social se insere e reproduz sua práxis.

Além disso o autor discorre sobre a racionalidade da prática e a dificuldade de trabalhar em ambientes que tenham como método metas e objetivos a serem alcançados pelos profissionais, impedem autonomia e impõem a alienação. (CAMPOS, 2011).

Campos menciona que o agente da prática depende de autonomia tanto no saber quanto as normas e gestão do serviço prestado, além disso esse exercício da práxis contribui para autonomia, criatividade e iniciativa dos trabalhadores, a saúde é um dos locais em que esse exercício deveria ser realizado contribuindo para uma melhoria nas condições de trabalho dos profissionais da saúde e na qualidade do atendimento as necessidades dos usuários do serviço. (CAMPOS, 2011).

Campos traz como discussão as tecnologias leves e duras, quando elas surgem no período dos anos 80 como método de constituir técnicas para as relações humanas, porém indica o uso de tecnologias leves, mas adverte para que não se torne um processo de improvisação e criação singular de uma conduta, sem levar em consideração as necessidades individuais de cada

indivíduo. E conclui que: “A noção de tecnologia leve, portanto, não assegura um importante pré-requisito para a práxis, a saber, o agente da prática necessita de um referencial teórico-conceitual para auxiliá-lo a julgar e a decidir, durante o processo de trabalho, sobre a aplicação de técnicas, sejam elas leves ou duras.” A decisão de usar a tecnologia leve, ou leve-dura deve ser tomada em conjunto com os sujeitos envolvidos no processo e não apenas pelo profissional que atua no atendimento, o citado autor vincula ao sistema de saúde e sua forma de atendimento e entende que os profissionais estão atuando de forma técnica, utilizando as tecnologias leves, porém pode vir a favorecer esse tipo de atendimento voltado para necessidades da instituição, e não do usuário (CAMPOS, 2011).

Na prática do assistente social em qualquer política social se constitui o acolhimento como uma ferramenta de trabalho, o profissional deve adotar como parte do seu processo de trabalho a prática da escuta sensível, acolhendo de forma humanizada favorecendo o planejamento e gestão do seu processo de trabalho.

Os desafios do sistema de saúde existem, e é necessária uma percepção do processo de trabalho e um compromisso ético profissional, para depreender o papel do assistente social frente aos enfrentamentos do sistema. Falta de condições básicas necessárias para atendimentos, equipes multiprofissionais ligadas ainda a valorização do sistema medicocêntrico e hospitalocêntrico, dificuldade de acesso a políticas públicas ou a restrição das mesmas tornando incapazes de atender as demandas dos usuários, dificuldade de sequência nos atendimentos e a burocratização do sistema ainda são alguns desafios encontrados pelos profissionais em Serviço Social no ambiente hospitalar.

A fim de compreender essa perspectiva, no próximo item tentaremos abordar a importância da execução de um acolhimento de qualidade e a relevância do mesmo ser realizado também por profissional assistente social em especial no sistema de saúde, aqui abordada a alta complexidade.

Com objetivo de identificar os contrastes do sistema no processo de tratamento de pacientes oncológicos pediátricos, favorecendo para a criação e manutenção do vínculo profissional – paciente - família.

No seguinte capítulo será abordado o Serviço Social na prática em unidade hemato-oncológica pediátrica durante o período de estágio, e também as percepções do acolhimento como perspectiva de cuidado durante a vivência no campo.

#### **4 CAPÍTULO 3 - O SERVIÇO SOCIAL NA HEMATO-ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DO HUSM: O ACOLHIMENTO COMO PERSPECTIVA DE CUIDADO**

O hospital Universitário de Santa Maria está inserido na Política Nacional de Saúde, classificado como alta complexidade, em que os atendimentos são realizados na sua totalidade e destinados a todas as pessoas que deles necessitarem, independente de renda, são 100% gratuitos pelo Sistema Único de Saúde -SUS. (EBSERH, 2019).

Com base na Política de Saúde do Brasil o SUS esta regulamentado na Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, criada pelo Conselho Nacional de Saúde, compete ao Estado abarcar as necessidades de saúde das pessoas, além de alimentação, moradia e condições de salubridade. O SUS tem como diretrizes a universalidade, equidade e integralidade, a fim de compreender todos os cidadãos de forma igual e em sua totalidade. (CNS, 2019).

Durante o estágio realizado no HUSM foi possível verificar que o hospital é referência no município para tratamento de doenças, cirurgias, atendimentos em geral, e de alta complexidade para toda região, atendendo inclusive um grande número de pacientes oncológicos do município e de outras regiões do estado do Rio Grande do Sul, compreendendo todas as cidades da 4ª e 10ª coordenadoria de saúde, e conta com tratamento de radioterapia e quimioterapia, além de atendimentos especializados.

O Serviço Social no Brasil vem desempenhando um papel fundamental, a fim de reduzir desigualdades sociais geradas pelo sistema capitalista, fortalecendo seus usuários na autonomia e busca por seus direitos. Devido a condições não favoráveis de moradia, trabalho, saneamento, nutrição, educação e lazer, em que a população vem sendo exposta, com o passar dos anos houve um aumento do adoecimento das pessoas. Sendo a saúde um direito de todos e com o aumento das expressões da questão social no setor de saúde, o Serviço Social passa a ser reconhecido como membro efetivo das equipes de saúde pela Resolução nº 218 de 06 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde e ratificado pela Resolução CFESS nº 383 de 20 de março de 1999. (CNS, 1997).

No Hospital Universitário de Santa Maria, o Serviço Social iniciou suas atividades em 1975, com a contratação de um profissional e somente em 1985

foi contratada a segunda profissional, através de concurso público (EBSERH, 2019).

Com um quadro reduzido de profissionais, o Serviço Social do HUSM restringe suas atividades e atendimentos pontuais e emergenciais e como consequência inviabiliza a capacidade de atendimento a novas demandas dentro da área de saúde, torna-se inviável o desenvolvimento de ações e projetos voltados para a educação e promoção da saúde junto aos usuários (EBSERH, 2019).

A partir de 1995, houve uma expansão do Serviço Social, ainda que insuficiente para atender a demanda do hospital, com a contratação de duas Assistentes Sociais: uma para Recursos Humanos e outra para a hemat-oncologia. Nessa época, o Serviço Social do HUSM contava novamente, com apenas duas profissionais, devido a aposentadoria das pioneiras do serviço. No início do ano de 2004, assumem duas profissionais contratadas através de concurso público, e no final de 2005 ingressam mais duas, oriundas do mesmo concurso (EBSERH, 2019).

No ano de 2014 o HUSM passa a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, possibilitando a contratação de novos profissionais através de concurso público. Atualmente o Serviço Social do HUSM conta com 15 profissionais Assistentes Sociais, distribuídas nos diversos serviços oferecidos pelo hospital (EBSERH, 2019).

Segundo Martinelli (2012), o Serviço Social é uma profissão interventiva e atua nas relações humano-sociais. Um profissional que tem conhecimento e dimensão sócio-histórica e política e pode atuar como facilitador do processo de compreensão dos direitos sociais e na construção de novos sujeitos de direitos (SILVA, 2002).

O assistente social tem capacitação teórico-metodológica, ético política e técnico-operativa, mas deve estar sempre atualizado nos saberes, pois é visto como responsável por implementar políticas sócio assistenciais dentro das instituições e essa implementação tem caráter de prestação de serviços e ação educativa (SILVA, 2002).

O Serviço Social atua em diversos setores de saúde, nos hospitais que possuem unidades oncológicas o assistente social tem papel fundamental na garantia e viabilização de direitos de paciente e familiares. Mas essa doença tão

complexa que assusta tantas pessoas está presente na maior parte dos atendimentos do profissional nas unidades oncológicas. Principalmente, quando se trata de crianças em tratamento. Algumas situações que foram vivenciadas durante o processo de estágio contribuíram para alguns questionamentos: O que é o câncer? Por que é tão temido pelas pessoas? Existe cura? Como enfrentar essa doença? Como entender o câncer infantil?

Estas são algumas questões pertinentes quando se trata da atuação profissional e o trabalho do assistente social na oncologia pediátrica. Questões que de forma sucinta tentaremos responder no decorrer da monografia.

Desta forma, o câncer, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) é o conjunto de doenças que está relacionada a um crescimento de células que se dividem desordenadamente e geralmente são tão agressivas que acabam formando tumores capazes de se instalar em várias partes do corpo. (INCA,2019)

A maioria das pessoas tendem a temer a doença por vinculá-la a morte iminente, porém quando descoberto no início, a doença tem maior possibilidade de cura (SILVEIRA; SANDE SILVEIRA, 1989).

O câncer tem diversas formas de enfrentamento, desde a negação da doença até a depressão, por seu estigma negativo quando as pessoas e seus familiares recebem um diagnóstico de câncer, o mundo desaba e inicia-se um processo longo de aceitação, que os autores supracitados subdividem em negação da doença, raiva e revolta, barganha, depressão e isolamento, aceitação e resignação e uma ameaça concreta aos projetos futuros do paciente. (SILVEIRA; SANDE SILVEIRA, 1989).

O câncer infantil se torna mais difícil de compreender, por se tratar da fase inicial da vida, em que entende-se que estes não deveriam estar acometidos de doenças graves, os pais e familiares têm grande objeção na aceitação da doença, e tendem a sofrer substancialmente, além de abdicar de suas atividades e muitas vezes de seus lares, passando por mudanças significativas nas suas formas de vida e organização em sociedade.

Conforme Silveira, Sande Silveira (1989) cânceres malignos na infância aparecem por volta dos 0 aos 14 anos de idade e os mais frequentes são as leucemias, linfomas, tumores do sistema nervoso central, sarcomas primários

dos ossos ou tecidos moles, tumor de Wilms (rim), neuro blastoma e retino blastoma. (SILVEIRA; SANDE SILVEIRA, 1989).

O assistente social pode auxiliar o usuário durante o processo de adoecimento em todas as fases de enfrentamento desde a negação até a aceitação, na criação de vínculos e no acompanhamento social, visando identificar as demandas futuras ao processo de enfrentamento da doença e ao processo de internação hospitalar. De forma humanizada o profissional em Serviço Social deve estar atento as necessidades dos familiares e as dificuldades enfrentadas por ele, evitando assim um abandono ou negligência ao tratamento.

Desta forma, o acolhimento deve também envolver toda equipe multiprofissional para que a mesma se torne capaz de falar uma mesma linguagem, cada um dentro do seu saber profissional, atuando de forma ética e buscando a integralidade do atendimento.

No próximo item tentaremos explicar como funciona o processo de tratamento e conhecer o serviço oncológico no âmbito hospitalar, além de compreender as relações de trabalho e o papel do assistente social na unidade.

#### 4.1 - O Serviço Social no CTCRIAC

Durante o período de estágio, o processo de conhecimento do campo realizado através da profissional vinculado ao serviço, contribuiu para o conhecimento da instituição. Com isso, o Centro de Tratamento de Crianças com Câncer (CTCRIAC) fica localizado no Hospital Universitário de Santa Maria, do Estado do Rio Grande do Sul. Esse centro faz parte de um serviço de atenção de alta complexidade e está vinculado ao setor de hemato-oncologia, que é composto por: Clínica Médica I, CTCRIAC, Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO), Ambulatório de Quimioterapia, Ambulatório de Radioterapia, Espaço de Convivência Turma do Ique, Farmácia de Quimioterapia e Laboratório de Citogenética Molecular. (EBSERH, 2019).

As pessoas portadoras da doença necessitam de atendimento especializado, cirurgias e tratamento, além de transporte, alimentação e acompanhamentos de equipe multiprofissional, o HUSM conta com

infraestrutura como unidades de internação e atendimento ambulatorial específico para o câncer. (EBSERH, 2019).

O serviço social no setor de hemato-oncologia está presente desde 1997 e atende as demandas trazidas pelos pacientes e familiares, além de participar da equipe multiprofissional e do conselho de ética do hospital, visando a inserção do profissional de Serviço Social em setores importantes do hospital e o reconhecimento do saber profissional, garantindo também a autonomia e as condições necessárias para o enfrentamento da doença. (EBSERH, 2019).

O CTCRIAC é uma unidade de internação de crianças e adultos jovens de (0 A 20 ANOS), as doenças que geralmente acometem esses grupos são: leucemias, tumores sólidos e distúrbios hematológicos. Essa unidade realiza assistência multiprofissional no diagnóstico, tratamento, manutenção e cuidados paliativos. (EBSERH, 2019).

De acordo com a vivência no campo, a equipe é composta por médicos, enfermeiros, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, residentes e estagiários de cursos como, Serviço Social, Terapia Ocupacional, entre outros. (EBSERH, 2019).

As principais atividades do assistente social na unidade são acolhimento e acompanhamento sócio assistencial dos usuários e familiares da unidade, encaminhamentos e vinculação com a rede de serviços sócio assistencial. (EBSERH, 2019).

Conforme Martinelli (2012) o Assistente social contribui no tratamento dos pacientes com câncer, quando pratica as seguintes atividades: atendimento/ acolhimento individual a pacientes; atendimento/ acolhimento a acompanhantes e ou familiares; intervenção sobre internação (admissão social); procedimento de interconsulta com equipe de saúde; intervenções interprofissional (articulações internas); articulação interinstitucional; encaminhamento à rede de serviços – interna e externa; atendimento e visita domiciliar; orientações sobre tratamento fora de domicílio (TFD). SILVA (2002)

Durante o período de estágio curricular obrigatório no segundo semestre de 2018 pude acompanhar o papel do assistente social no setor hemato-oncologia, o que me permitiu ter aproximação com atendimentos, em todos os setores que o profissional atua. Além disso, também pude visualizar as mais

variadas demandas e as consequências da questão social na vida das pessoas em tratamento na unidade.

A unidade tem um caráter importante para Santa Maria e região, os pacientes acessam o sistema de saúde ou têm algum contato com a rede quando necessitam de atendimentos por problemas como alteração em exames de sangue ou inchaço em gânglios, quando o profissional da unidade primária atende ao paciente e suspeita de aplasia maligna é encaminhado ao HUSM, no setor de oncologia para investigação, geralmente o diagnóstico é dado pelo médico oncologista no setor. Há também pacientes que já estão em tratamento e necessitam retornar para novo ciclo de quimioterapia.

A unidade de saúde é dividida em recepção, sala de enfermagem, sala de coleta de exames, sala dos médicos, brinquedoteca, leitos de internação que atendem um contingente de três pacientes por leito.

Durante o período de estágio, os atendimentos da profissional em Serviço Social, as atividades diárias e as necessidades que surgiram de acordo com as novas internações e as internações já existentes contribuíram de forma positiva na formação profissional, pois através dele surgiram questionamentos quanto a importância do acolhimento a ser realizado por um profissional qualificado, de modo a executar a escuta sensível, capaz de identificar no primeiro atendimento as necessidades mais expressivas daquela família, que está vivenciando uma situação dolorosa e completamente insólita ao que estava acostumado em sua vida.

#### 4.2 -Perspectivas do Serviço Social e acolhimento

Considera-se que o acolhimento é importante no setor de saúde independente da sua complexidade, assim para o Serviço Social o acolhimento deve ser reconhecido como uma ferramenta diária de trabalho.

Em um setor de oncologia o acolhimento deve ser realizado por um profissional capacitado capaz de entender o sofrimento e as consequências que a doença traz ao estado emocional dos usuários.

A assistência humanizada aos familiares do paciente com câncer consiste no emprego de atitudes que originem espaços que permitam a todos verbalizar seus sentimentos e a valorizá-los ; identificar ares

potencialmente problemáticas: auxiliá-los a identificar fontes de ajuda, que podem estar dentro ou fora da própria família ; fornecer informações e esclarecer suas percepções; ajudá-los na busca de soluções dos problemas relacionados ao tratamento; instrumentá-los para que tomem decisões sobre o tratamento proposto; e levar ao desempenho de ações de autocuidado, dentro das suas possibilidades. (SOUZA; SANTO, 2007, p. 38).

O papel do acolhimento no Serviço Social que atua na oncologia, se torna transformador e contribui no processo saúde-doença-cuidado, acolher de forma humanizada, e promover ações educativas sobre a doença e seu tratamento faz com que pacientes e familiares se sintam envolvidos pela unidade de saúde, contribui para o fortalecimento de vínculos e pode auxiliar no estado emocional do paciente, que passa a valorizar a vida e o tratamento que recebe.

Compreendemos no processo de estágio que todas as profissões do sistema de saúde são capazes de acolher, porém o olhar sobre a doença pode ser de maneiras diferentes de acordo com a especificidade de cada profissional, a enfermagem acolhe visando o tratamento de saúde; o psicólogo tem o foco no estado emocional do paciente; o médico tem o foco na cura da doença, já ao assistente social cabe o olhar sobre o ser social de direitos, um indivíduo que está tendo que tratar de uma doença grave, abandonando sua casa, suas atividades e seus familiares durante um processo de internação longo, um sujeito que necessita de condições financeiras para suprir as necessidades da sua família, e que muitas vezes por estar afastado das suas atividades diárias acaba rompendo laços de trabalho e ganhos financeiros, um ser social que tem seus vínculos familiares fragilizados pelo fato de uma ameaça a sua vida, que demanda de apoio e afeto durante o processo de tratamento.

Durante o acompanhamento houveram alguns casos, em que o acolhimento em Serviço Social não foi realizado pelo profissional assistente social, devido as condições de trabalho e outras atribuições demandadas. Desta forma muitas vezes o atendimento da assistente social se realizava no próprio leito hospitalar tem como capacidade três pacientes em um mesmo leito, a assistente social optava por não realizar um acolhimento, apenas algumas entrevistas com poucas perguntas, e a medida em que o paciente necessitava de alguma orientação técnica, era solicitado à secretaria que chamasse a profissional no local. Compreendendo a importância do acolhimento, entende-se que este poderia ser feito em uma sala disponível, onde a psicóloga e os médicos

utilizam para dar o diagnóstico a família, sala essa que não é utilizada durante todo período de trabalho da profissional. Houve um caso que a mãe de uma menina de 3 anos de idade, aqui denominada “Lua” veio, oriunda da cidade de Uruguaiana, em busca de um diagnóstico e tratamento, vieram trazidas pela secretaria de saúde, completamente desorientadas na cidade de Santa Maria e também com a situação em que se encontravam. Estavam com poucas condições financeiras, a mãe desempregada, o pai exercendo trabalho informal e com mais dois filhos, que ficaram na cidade. A entrevista que a paciente teve com a assistente social foi para questionar se necessitaria de casa de apoio, porém a familiar tinha dúvidas quanto as condições de funcionamento da unidade, demandas quanto as condições financeiras e também dúvidas quanto a necessidade de transportes, caso seus familiares quisessem se deslocar até o hospital da cidade, à medida que necessitava de alguém para reverter a troca de acompanhante. Nesta situação, a intervenção do assistente social esteve neste primeiro momento focado na orientação de forma a atender a demanda da casa de apoio, e as outras demandas foram sendo verificadas a medida em que foram surgindo, o que poderia ter sido agilizado caso o acolhimento fosse realizado em um ambiente próprio que proporcionasse aos familiares sigilo e intimidade capaz de criar e fortalecer vínculo com profissional.

Um segundo caso relevante que foi acompanhado, uma mãe de uma paciente aqui denominada “Sol”, com 6 anos de idade, que necessitava de um transplante de medula óssea, o médico solicitou a profissional assistente social fazer a entrevista de busca para possíveis familiares capazes de realizar a doação para o transplante, mas como a escuta foi realizada também no leito hospitalar, frente a outros pacientes, percebeu-se que a mãe não se sentiu a vontade de relatar a situação que impedia a doação de medula para filha dos possíveis irmãos que poderiam ser compatíveis, devido a um problema familiar, o que só foi descoberto posteriormente mediante relato da mãe para uma profissional de outra área.

Nesse caso o segredo que a mãe tanto temia acabou chegando a toda equipe profissional, em virtude que a mãe da menina criou vínculo com outro profissional da saúde, e contou a ela a situação familiar. Com isso, destaca-se importância do acolhimento para além da escuta qualificada e que este possa ser realizado em um espaço físico, adequado, preservando as questões de sigilo

das informações e possibilidades de uma abordagem para o assistente social, que possa conhecer a história de vida do sujeito compreendendo neste caso as informações que são relevantes para o processo de tratamento do usuário. A mãe da paciente teve três uniões conjugais, na quais teve filhos gerados na primeira e na terceira união. O fato foi que a paciente “Sol” residia com a mãe “Vênus”, um irmão (da terceira união) e o padrasto “Júpiter”, porém de acordo com o relato da mãe a paciente tinha conhecimento de que seria filha de uma segunda união com o Sr. “Plutão” (a qual a Sr.<sup>a</sup> Vênus não tinha filhos), quando questionada quanto a busca por possíveis doadores e informada da necessidade do transplante para o processo de cura da paciente a mãe revela que a menina era fruto da sua primeira união com Sr. “Marte”(onde tinha um outro filho com 24 anos de idade, de mesmo pai e mesma mãe), e que esses pais não tinham conhecimento da verdade, acreditando que a paciente fosse filha da segunda união com o Sr. “Plutão”, pois quando casou pela segunda vez estava grávida da menina, mas não se sentiu confortável em contar e por isso afirmou que a menina seria fruto desse segundo relacionamento com Sr. Plutão. E tanto os pais quanto os irmãos não sabiam da real paternidade da criança “Sol”.

Neste caso, foi possível perceber a importância que o acolhimento teria para criação de vínculo e entre a profissional e o familiar a fim de contribuir para o processo de cura da paciente, o fortalecimento de vínculo e uma escuta sensível poderia contribuir talvez para uma mudança na percepção da mãe quanto a importância da realização dos exames de compatibilidade. Em virtude da situação familiar a paciente ficou apenas com a possibilidade de doadores 50% compatíveis reduzindo assim as chances de cura. Conforme informações do Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME), é possível a verificação através do exame de análise de sangue, HLA (histocompatibilidade) realizada por meio da coleta de material do recebedor e do doador de medula óssea quando são compatíveis de 90% a 100%. Essa compatibilidade geralmente tem maior probabilidade ocorrer em irmãos germanos (mesmo pai e mesma mãe). O que em irmãos uterinos (mesma mãe e pais diferentes) e irmãos consanguíneos (mesmo pai e mães diferentes), tendem a ser menor.

O terceiro caso acompanhado foi de uma paciente de 18 anos de idade que necessitava também realizar a coleta de material para possibilidade de

investigar possíveis doadores de medula para uma doença autoimune, essa paciente era usuária de drogas e tinha um bebê de um ano de idade.

Percebeu-se durante sua internação que tinha uma inquietação com relação aos cuidados do seu bebê que teria ficado sob responsabilidade da sogra e do pai da criança. Foi informada quanto ao direito de ter seu filho em visitas hospitalares e foi também informada sobre seu direito de ter acompanhante no leito hospitalar, visto que estava sozinha.

A paciente relatou que a mãe não tinha condições de cuidá-la, pois estava aguardando iniciar um tratamento para câncer e seu companheiro trabalhava informalmente com o pai em uma oficina, mas que sua irmã viria ficar com ela quando pudesse. Passou alguns dias e a paciente permanecia sozinha, desorientada e chorosa devido estar com saudades do filho. Fizemos contato com a sogra para trazer a criança na visita a mãe, mas a mesma não o fez, dificultando assim a adesão da paciente ao tratamento. A mesma recebeu alta hospitalar, mas foi informada de ter que vir semanalmente para realizar a coleta de material, a fim de verificar suas condições de saúde.

A paciente veio até o hospital acompanhada de sua sogra para realizar a coleta e a profissional encontrando a mesma no corredor a pedido do médico orientou sobre uma possível busca de doadores para o transplante, notou-se que a mesma parecia não compreender o que estava sendo informado e a sogra também não entendiam a necessidade da solicitação.

Em uma segunda visita da paciente a hemato-oncologia, o Serviço Social foi chamado para tentar identificar um irmão da paciente que teria vindo fazer a coleta de material completamente sem documentos de identificação, porém ele havia mencionado que já tinha estado no HUSM para coleta de material referente ao mesmo exame, no entanto de outro irmão que já falecido da mesma doença, e que havia sido dado em adoção pela mãe. Buscou-se identificar esse possível doador e conseguimos chegar na confirmação das informações, em que aparentemente a equipe médica acredita ter uma hereditariedade, visto que a mãe da paciente, a paciente e um irmão são acometidos da mesma doença. Todavia, não foi possível a continuidade da busca, pois a paciente estava muito emagrecida e permanecia fazendo o uso de álcool e outras drogas. A usuária solicitou a profissional assistente social informações sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC), foi informada (no corredor hospitalar quando

aguardava a coleta de sangue), quanto a necessidade de fazer o cadastro único e da documentação necessária do companheiro e do filho, mas ela disse não ter como conseguir, com receio e sempre acompanhada da sogra não falava, a mesma respondia por ela reprimendo a profissional quando a documentação do companheiro da paciente. E a mesma permaneceu sem nenhum tipo de auxílio financeiro, e começou a não frequentar semanalmente o ambiente hospitalar correndo o risco de ser desvinculada do tratamento.

A partir disso, compreendo a importância do profissional assistente social realizar o acolhimento no âmbito hospitalar preconizando uma escuta qualificada e sensível em um espaço que possibilite que o usuário sinta-se confortável para relatar suas demandas e assistente social possibilite uma intervenção efetiva.

Diante dessas vivências de campo, destaca-se que o profissional assistente social se faz importante no ambiente hospitalar, pois cabe a ele atuar nas mais diversas expressões da questão social que envolvam os usuários. É no cotidiano profissional que um profissional habilitado faz uso dos instrumentais compreendidos em sua formação profissional e tendo conhecimento teórico metodológicos torna-se capaz de ser efetivo nas suas intervenções. Além disso, um profissional propositivo tem a capacidade de intervir na situação econômica e social dos usuários sem que isso afete suas condições psicológicas.

Ao assistente social compete identificar as necessidades de vida e moradia do paciente, entender sua situação financeira, seus vínculos familiares, suas necessidades, suas angústias e medos e a sua forma de entender o motivo do que está passando. Cabe ao assistente social prestar uma escuta qualificada ao paciente expor seus sentimentos, explicar o funcionamento da unidade de saúde, o funcionamento do tratamento, garantir seu direito a saúde e a um atendimento médico de qualidade promovendo a equidade e integralidade do tratamento.

Durante o estágio foi possível ter acesso à informação sobre os direitos assegurados entre eles: pacientes pediátricos e pais que vêm de outra região, está assegurado o direito ao acompanhamento dos pais ou responsáveis na internação hospitalar conforme o Art 12º do ECA, o que compete ao assistente social a busca por casas ou unidades de apoio que possam receber os familiares de forma a atender necessidades como lavagem de roupas e alimentação. Além disso, os problemas relacionados a transportes para aqueles que necessitem.

O Serviço Social no acolhimento pediátrico-oncológico tem como foco identificar as demandas da família e expor aos familiares e pacientes os direitos de cada usuário do sistema, ademais dos direitos competentes ao paciente com câncer contribui para o trabalho de toda equipe multiprofissional que atua no atendimento ao paciente.

Temos como técnicas de trabalho a escuta sensível, orientações, visitas domiciliares, atendimentos individuais, encaminhamentos e envolvimento da rede, além de a criação de vínculo profissional com usuários. Muitos profissionais ainda têm dificuldade na execução dessas atividades.

Muitas vezes o assistente social não consegue compreender todas as necessidades da família em um primeiro atendimento, mas um acolhimento bem realizado com uma atenção voltada a situação de cada família contribui para a criação de confiança e vínculo da família com profissional.

Assim, busca-se contribuir de forma positiva e propositiva a nossa profissão, fazendo entender a relevância de um acolhimento em saúde, principalmente de forma educativa no sentido de reforçar a importância de um acolhimento qualificado, reafirmar o acolhimento como prática profissional do assistente social é reafirmar o compromisso ético profissional com a garantia do atendimento humanizado dos pacientes sem distinção ou qualquer forma de discriminação que possa existir, garantir o acesso a uma saúde e atendimento de qualidade, fortalecendo a política nacional de humanização, como também melhorando a perspectiva acerca do Sistema Único de Saúde no Brasil.

As dificuldades enfrentadas são muitas no sistema de saúde, falta de salas especializadas para um acolhimento de qualidade, falta de profissionais para atender todas as demandas necessárias da saúde, dificuldade na compreensão da função e do papel de acolher de forma humanizada, dificuldade de terceiros na compreensão do papel do assistente social no ambiente da saúde, dificuldade do profissional em Serviço Social compreender sua função como atuante na política de saúde, valorização do saber biomédico como único ou principal saber, dificuldade de exercer a autonomia profissional do assistente social, inserção de metas e números de atendimentos profissionais, terceirização de serviços públicos e dificuldade na compreensão pela gestão hospitalar das necessidades do Serviço social como uma profissão necessária e importante para assegurar os direitos dos usuários, trabalhadores e da manutenção da

própria política do SUS, profissionais capazes de enfrentar lutas e dificuldades para garantia dos princípios éticos, e da defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa de todas as formas de preconceito e autoritarismo, mesmo durante o período de cortes e cerceamento de políticas que estamos enfrentando em nosso país, cabe aos profissionais em Serviço Social a manutenção das lutas e enfrentamentos contra os direitos humanos .

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo podemos compreender a importância do acolhimento como uma ferramenta de trabalho do assistente social, que deve ser entendido como um meio para o fortalecimento de vínculo com o usuário da política de saúde. E deve ser voltado para as necessidades e demandas trazidas pelo usuário, procurando realizá-lo de maneira que contribua positivamente para o tratamento do paciente oncológico e seus familiares.

O primeiro capítulo do presente trabalho inicia com um aporte histórico da política de saúde no Brasil e a criação do Sistema Único de Saúde. A política Nacional de Humanização que preconiza as formas de atuação dos profissionais de saúde e traz o acolhimento como método de atendimento e trabalho. Por fim o primeiro capítulo se conclui com os desafios e enfrentamentos no SUS na época em que estamos vivenciando no Brasil, época em que os cortes nas mais variadas políticas estão frequentes, mas que na política de saúde está afetando diretamente os usuários e os profissionais com campo de saúde pública no país.

No segundo capítulo discorremos sobre o Serviço Social e sua inserção na política de saúde, a atuação profissional no campo da saúde, além dos desafios enfrentados pelos profissionais e as possibilidades de intervenção frente a esse sistema. Ademais o trabalho contribui para a compreensão do acolhimento como perspectiva de cuidado e processo de trabalho do profissional Assistente Social.

No último capítulo compreende-se o Serviço Social na hemato oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria, e a atuação profissional, o capítulo conta com a compreensão das condições de trabalho do assistente social e com relatos da vivência no campo de estágio, que servem como meio de compreensão para a necessidade de um acolhimento de qualidade e voltado as necessidades do usuário, a ser realizado em ambiente especializado respeitando o sigilo e a ética profissional.

O acolhimento pode ser uma ferramenta de trabalho de qualquer profissional da saúde, mas ao assistente social deve estar diretamente ligado ao seu processo de trabalho favorecendo a criação de vínculos com usuário colaborando para a qualidade no atendimento, o acesso as políticas públicas e

a busca na compreensão das demandas vivenciadas pelos usuários da política, pautado nas orientações da política nacional de humanização.

O serviço social tem um papel fundamental no âmbito hospitalar, o profissional deve reafirmar essa importância dentro do meio em que está inserido e buscar meios que possa desenvolver seu trabalho de maneira propositiva e interventiva.

O trabalho foi desenvolvido a partir das percepções e vivências no campo de estágio e de uma revisão literária de autores e buscamos corroborar para o entendimento da temática , o que nos permite compreender a extrema importância do papel do assistente social em uma unidade hospitalar, além da relevância do acolhimento como ferramenta de trabalho do assistente social, um acolhimento realizado de forma eficaz e com qualidade pode proporcionar ao paciente melhores condições para enfrentamento da doença em que esta acometido; ao profissional permite uma intervenção de qualidade , capaz contribuir para transformação da realidade do sujeito , ou contribuir de forma efetiva nas demandas apresentadas pelo mesmo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, **Código de Ética do Assistente Social/Lei 8,662/93 de Regulamentação da Profissão**. CFESS. 10ª edição revisada e atualizada. Brasília - DF, 1993.

BRASIL. Diário Oficial da União nº83, Segunda-feira, 5 de maio de 1997 - Seção /pág. 8932-33; **Resolução nº218 -1997 – Regulamentação das Profissões de Saúde**, 1997.

BRASIL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. CFESS. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília - DF, 2010.

BRASIL-Diário Oficial da União. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-CNS DF, 1990.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Brasília -DF .2013. 1ªedição 1ª reimpressão. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>. Acesso em: 03 out. 2019.

BRASILIA, Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA -Resolução nº41 em 17de outubro de 1995 – **Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados**, 1995.

BRASILIA, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília - DF 2ª edição, 5ª reimpressão, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos socio-históricos**.1ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de; Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, p.1-22, 2004. Disponível em: <[http://fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-3.pdf](http://fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf)>. Acesso em: 12 de jun. de 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida?. **Interface- Comunic. em saúde, Educ.**, Campinas- SP v9, n17, p. 389-406, mar/ago, 2005. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus/770-sistema-nacional-de-saude/40317-atencao-especializada>>. Acesso em: 10 de out. de 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, nº7, p.3033-3040, 2011.

CASTRO, Jamile Silva de Oliveira; ANDRADE, Laurinete Sales. Serviço Social e o SUS: Desafios na Prática do Assistente Social. **Serviço Social & Saúde**. Campinas, SP, v.13 , nº1. P.111 -126. Jan/ Jun. ISSN 1676-6806, 2014.

CHUPEL, Claudia Priscila; MIOTO, Regina Celia Tamasso. Acolhimento e Serviço Social: Contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. **Revista Serviço Social & Saúde** . UNICAMP Campinas, v. IX, nº10, p.37-59, Dez., 2010.

COHN, Amélia. (Et al.). **A saúde como direito e como serviço**. 7ª edição. Editora Cortez, 2015.

COUTO, Berenice Rojas. Assistência social: direito social ou benesse? **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 124, p. 665-677, out./dez., 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.045>>. Acesso em: 15 de set. de 2019.

DUARTE, Marco Jose de Oliveira. (Et. al). **Política de saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais**.; Ed. Local: Editora Papel Social (S/A).

GUERRA, Iolanda. **A Instrumentalidade no trabalho do Assistente Social**; Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, "Capacitação em Serviço Social e Política Social", Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB, em 2000, foi revisado e atualizado. Ele serviu como base para a palestra ministrada no Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, BH, maio, 2007, promovido pelo CRESS-6ª. Reg. 2

INCA (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva). **O que é compatibilidade?**. Rio de Janeiro, (S/A). Disponível em: <<http://redome.inca.gov.br/faqs/o-que-e-compatibilidade/>>. Acesso em: 25 de nov. de 2019.

KUHN, Marla Fernanda; Dicionário Crítico: Política de Assistência Social no Brasil, Rosa M. Castilhos Fernandes; Aline Hellmann ; **CEGOV ( Centro de Estudos Internacionais sobre Governo)** Porto Alegre , 2016.

MATOS, Maurilio Castro de. **Serviço Social Ética e Saúde**. São Paulo: Editora Cortez, 2013.

MINISTERIO DA SAUDE, **Sistema Único de Saúde-SUS:(estrutura, princípios e como funciona)**. Brasília 2013/2019. Disponível em: <<http://saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>> Acesso em: Outubro 2019

MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza; Uchôa, Roberta; NOGUEIRA, (Et. al.). **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. Editora Cortez, São Paulo, 2006.

MOTTA, Bruno Feital Barbosa; Perucchi, Juliana; Tavares, Maria Stella (Et. al.) O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Revista da SBPH**. Versão impressa, vol.17 no.1 pág. 124. ISSN 1516-0858, Rio de Janeiro jun., 2014.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan.-mar, 2014.

PEREIRA, Priscila Lopes; GARCIA, Vera Lucia; Serviço Social e Saúde – Processos de trabalho e gestão. **Serviço Social & Realidade**. v.21 nº1 Franca; 2012.

SILVA, Dilciléia Martins da; DENDASCK, Carla Viana; OLIVEIRA, Euzébio de. A Atuação do Assistente Social no Acolhimento ao Paciente Oncológico. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. v. 05, Edição 8, p.39-51. Novembro. ISSN 2448-0959, 2017.

SILVEIRA, Luiz Alberto; SILVEIRA, Mariete Van de Sande. **Câncer: o que você precisa saber**. 2ª edição. Florianópolis: Editora da UFSC, 1989.

SOUZA, Maria das Graças Gazel de Souza; SANTO, Fatima Helena do Espírito; O Olhar que olha o outro ... Um estudo com Familiares de Pessoas em Quimioterapia Antineoplásica. **Revista Brasileira de Cancerologia**. V.54; Edição 1. pag.31-41; 2008.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacifico. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(7): 2107-21117, 2018.