

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

**ATUAÇÃO E FORMAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL
NA SAÚDE: VIVÊNCIAS EM UMA UNIDADE DE
ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM
ONCOLOGIA (UNACON)**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Graciela Medianeira Rosa Ribeiro

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

**ATUAÇÃO E FORMAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA
SAÚDE: VIVÊNCIAS EM UMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE
ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (UNACON).**

Graciela Medianeira Rosa Ribeiro

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

Orientador: Profº Ms. Fábio Jardel Gaviraghi.

Santa Maria, RS.

2014

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Serviço Social
Curso de Serviço Social**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão de Curso**

**ATUAÇÃO E FORMAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE:
VIVÊNCIAS EM UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA
COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (UNACON)**

elaborado por
Graciela Medianeira Rosa Ribeiro

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Serviço Social.

COMISSÃO EXAMINADORA

Fabio Jardel Gaviraghi, Ms.
(Presidente/ Orientador)

Sheila Kocourek, Dr. (UFSM)

Santa Maria, 27 de Novembro de 2014.

AGRADECIMENTOS

Não poderia iniciar os agradecimentos sem antes mencionar o quão prazeroso foi conviver e compartilhar com os colegas, amigos, família, professores, ao longo destes quatro anos e meio de graduação, momentos tensos, alegres e de muitas conquistas.

Em que pese à alegria de finalizar esta etapa, nem tudo foi um jardim florido. Foram tantas as dificuldades, privações, noites sem dormir, dores (sim dores!)... de perder familiares queridos e das cólicas renais...nada foi fácil, mas consegui!

Agradeço a Deus, mãe, pai, irmãs, irmão, sobrinhos e claro, aos meus dois espíritos de luz, vô Adão e vô Augusto, por estarem sempre comigo, seja fisicamente ou em meu coração.

Minha mãe, obrigado pela companhia de todos os dias, pelo amor, carinho, paciência e compreensão, de sair de manhã cedo de casa e voltar só a noite quando a senhora já estava dormindo, de ter que lavar minha roupa, deixar o almoço pronto, respeitar meu horário de estudo, posar comigo no hospital e ainda me dar presentes (como se eu tivesse que ser recompensada por isso!). Se isso é ser mãe, quero ser como você!

Agradeço imensamente ao meu namorado, que também é amigo e irmão, por não medir esforços em me amparar na dor, na alegria, nas incertezas e nas vitórias. Sempre estivemos unidos, apoiando um ao outro, e assim permaneceremos. Te amo e muito obrigado!

Minhas amigas de luta, provas, seminários, trabalhos, Assembleia da ONU (rsrsrsrsrs), Pinus, de desabafo, lágrimas e muitos sorrisos... Danika, Fabi, Mariam e Baccin... Obrigado pela amizade e parceria, amo demais vocês!

Professor Fabio Gaviraghi, meu eterno orientador, agradeço por toda a sensibilidade, confiança, comprometimento e conhecimento dispensado. Em nenhum momento, neste processo dolorido e emocionalmente contraditório de escrita, me senti desamparada. Foi uma honra tê-lo como orientador, amigo, psicólogo e parceiro na realização deste trabalho.

Estendo meus agradecimentos ao corpo docente do curso de Serviço Social pela importância e contribuições dada a minha formação e de meus colegas.

Agradeço minhas preceptoras do PET no HUSM, Enfermeira Priscila Bolzan Bonadiman e Assistente Social Denise Pasqual Schimidt. Este trabalho tem muito de vocês, que souberam me mostrar a importância de sermos profissionais qualificados, críticos, éticos e sensíveis, conhecedores e defensores do Sistema Único de Saúde.

Agradeço ao grupo de preceptores e residentes multiprofissionais (R2) da linha de cuidado da Hemato-oncologia do HUSM por me acolherem nas discussões do PTS e compartilharem da riqueza de um trabalho interdisciplinar.

Agradeço aos assistentes sociais, Luciana Mativi (supervisora de estágio no CRAS Oeste), Juliana Pires (assistente social residente da Hemato-oncologia), Gabrieli Bandeira e Socorro Portollan (CEDEDICA) que me acolheram e dedicaram parte do seu tempo em contribuir com minha formação.

RESUMO

**Trabalho de Conclusão de Curso
Curso de Serviço Social
Universidade Federal de Santa Maria**

ATUAÇÃO E FORMAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: VIVÊNCIAS EM UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (UNACON).

**AUTORA: GRACIELA MEDIANEIRA ROSA RIBEIRO
ORIENTADOR: FABIO JARDEL GAVIRAGHI**

Data e local da defesa: Santa Maria, 27 de Novembro de 2014.

Este trabalho de conclusão de curso, intitulado “Atuação e formação do assistente social na saúde: Vivências em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)”, é uma construção teórico-prático que versa sobre atuação e formação acadêmica do assistente social em um Hospital Público de Ensino na cidade de Santa Maria, RS. Esta experiência foi apreendida mediante inserção em um programa de educação permanente, o PET- SAÚDE, que entre as ações desenvolvidas acompanha mulheres em tratamento para o câncer de Mama e Colo do Útero. É um estudo qualitativo, cuja leitura crítica da realidade vivenciada se expressa através das categorias centrais do método dialético-crítico, no qual inicialmente buscou-se a construção de um recorte histórico a cerca da saúde pública no Brasil, abordando o movimento de reforma sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como, algumas refrações da questão social que incidem sobre o processo saúde/doença de mulheres com câncer. Na sequência, abordou-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), agente de transformação do cuidado, das práticas e da formação em saúde presentes no trabalho e na formação do assistente social. Para dar visibilidade a esse debate apresentou-se a prática extensionista que proporcionou aprendizagem por meio de vivências, das quais determinam a construção do conhecimento prático e teórico para o Serviço Social, a qualificação da intervenção por meio da (re)construção de estratégias, competências e instrumentais que alcancem a objetividade da intencionalidade vislumbrada no projeto ético-político profissional.

Palavras-chave: Formação profissional; Educação Permanente; Saúde; Serviço Social;

ABSTRACT

This course conclusion work, titled "Performance and training of social workers in health care: Experiences on Assistance Unit High Complexity Oncology (Unacon)", is a theoretical and practical construction that deals with operations and training of the social worker in a Public Teaching Hospital in the city of Santa Maria - RS. The experiment in question was seized upon insertion into a program of continuing education, the PET-HEALTH, that among the actions developed accompanies women undergoing treatment for cancer of the breast and Cervix. It is a qualitative study, whose critical reading of the lived reality is expressed through the central categories of dialectical-critical method, which initially sought to build a historical view about public health in Brazil, addressing the health reform movement and the construction of the Unified Health System (SUS), as well as some refractions of social issues that affect the health / women with cancer disease process. Following addressed the National Policy on Continuing Education in Health (PNEPS), agent of transformation of care, practice and training in health present in the work and training of social workers. To give visibility to this debate presented a practical extension that provided learning through experiences, which determine the construction of practical and theoretical for Social Service, the qualification of the intervention through the (re)construction of strategies, skills, knowledge and instrumental to achieve the objectivity of intentionality glimpsed in professional ethical-political project.

Keywords: Vocational training; Continuing Education; health; Social Work;

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Estruturas de Gerência de Atenção à Saúde – HU SANTA MARIA	36
Figura 2- Abrangência Nacional do Programa PET-SAÚDE	38

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AP – Atenção Primária
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CF- Constituição Federal
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CEAS - Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIES - Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CTCRIAC – Centro de Tratamento da Criança com Câncer
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HE - Hospital de Ensino
HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria
INCA – Instituto Nacional do Câncer “José Alencar Gomes das Silva”
LOS – Lei orgânica da saúde
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
PET – Programa de Educação para o Trabalho
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RMI – Residência Multiprofissional Integrada
RTP – Relatório Teórico Prático
SUS – Sistema Único de Saúde
TFD – Tratamento Fora do Domicílio
UNACON – Unidade de assistência de alta complexidade em oncologia
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE APÊNDICE

Apêndice A – Agenda da Mulher: Acolhimento e acompanhamento.....	65
---	-----------

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. A POLÍTICA DE SAÚDE SOB A ÓTICA TRANSFORMADORA DOS PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	17
2.1 A trajetória da saúde pública brasileira na contemporaneidade.....	19
2.2 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS): novos rumos da prática e formação profissional.....	25
2.3 Os aspectos constitutivos da atuação e da formação profissional do assistente social na saúde.....	29
3. EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: VIVÊNCIAS EM UMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (UNACON).....	34
3.1 HUSM: espaço de atenção e formação em saúde.....	34
3.2 A formação acadêmica no PET - Redes de Atenção à Saúde.....	39
3.3 Formação e atuação do Serviço Social com mulheres em tratamento Onco-ginecológico: alguns dados.....	47
4. CONCLUSÃO.....	57
5. REFERÊNCIAS.....	60
6. APÊNDICE.....	66

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, elaborado a partir de um Relatório Teórico Prático (RTP) versa sobre as atividades de extensão realizadas em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) – o Hospital Universitário de Santa Maria/HUSM – proporcionadas pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- SAÚDE) no eixo estratégico das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Este estudo qualitativo, que se utilizou também materiais e discussões empreendidas em sala de aula nas disciplinas de saúde, bem como de uma revisão bibliográfica em livros, artigos, leis, portarias, banco de dados e site da internet como base tem por objetivo apresentar e analisar a experiência e o conhecimento adquirido no subgrupo “Câncer de Mama e Colo do útero”, focando, sobretudo, na atuação, formação profissional do assistente social na saúde e o processo de educação permanente, entendida como necessária, diante dos desafios históricos e atuais impressos em nossa sociedade.

Por ser um estudo qualitativo, traz à tona as expressões concretas da realidade social, nem sempre visíveis aos nossos olhos, mas que se materializam diante de uma visão de homem e de mundo, que busca a transformação da realidade vigente, seguindo valores éticos políticos como a liberdade e a justiça social e que tem como pressuposto a equidade e a democracia. Para tanto, a leitura crítica da realidade que se pretende construir sobre a experiência vivenciada adota como método, o dialético-crítico, cujas categorias centrais, totalidade, historicidade e contradição, impulsionam o desvelamento do real.

A saúde pública no Brasil, como apresenta Bravo (1996), é historicamente palco de tensões, especialmente nos séculos XX e XXI, ocasionadas pela crise econômica (arrocho salarial, inflação e FMI) instaurada no regime ditatorial de 64, e superações, empreendidas com o processo de democratização política que motivou a participação da sociedade civil na busca por melhorias e fortalecimento da saúde.

No ano de 1984, eclodiu uma série de eventos que buscavam enaltecer o debate e construir proposituras a respeito da conjuntura sanitária brasileira. O ápice deste movimento foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Março de 1986, que através de processos

participativos, democráticos e representativos deliberou mudanças profundas no setor, entre eles os fundamentos para a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) tendo a saúde como um direito e culminando na reformulação do conceito de saúde, para um sentido ampliado, além da ausência de doenças, buscando o equilíbrio entre o bem-estar físico, social e mental.

A Assembléia Nacional Constituinte de 1988, considerada um avanço político democrático, marcou o processo de redefinição da organização do Estado, bem como suas relações com a sociedade, destacando o protagonismo de movimentos sindicais e feministas, de igrejas e setores profissionais, diante de questões que demandavam interesses da coletividade, tais como assuntos trabalhistas, sociais e de organização política, econômica, cultural e internacional.

O resultado dos esforços coletivos do movimento de Reforma Sanitária acabou por atingir seu maior objetivo, a criação de um sistema de saúde universal e não contributivo previsto nas linhas da carta constitucional de 1988, com redes hierarquizadas, regionalizadas, descentralizadas e com a oferta de atenção integral através de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS – nº 8.080/90) reforça as diretrizes constitucionais e as competências do SUS através da organização e funcionamento dos serviços em níveis de complexidade, visando à assistência terapêutica integral e farmacêutica, a vigilância nutricional e orientação alimentar, ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador, a formulação e execução da política de sangue e derivados, entre outros.

Além dos serviços específicos em saúde, a LOS foi uma importante aliada no processo de construção e qualificação das equipes de saúde, os quais vêm contribuindo significativamente no processo de Reforma Sanitária. Evidencia-se na LOS o artigo 14 que prevê a criação de comissões que promovam a integração dos serviços de saúde com as instituições de ensino profissional e superior e a qualificação de recursos humanos para o trato com a saúde pública em seu contexto ampliado, tendo como determinantes e condicionantes as manifestações da questão social.

A responsabilidade de formar profissionais para a saúde se consolida através da criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, no ano de 2003, com a formulação do pacto “Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” do Ministério da Saúde (MS). Nesse viés, surge a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - portaria IGM/MS nº 1.996/07 –

que procura desenvolver suas ações sob a perspectiva ensino-trabalho no cotidiano do SUS, no qual, o acadêmico de serviço social e outras áreas vivenciam os problemas e as demandas dos serviços e dos usuários e contribui com o seu conhecimento e experiência para a transformação da realidade deste segmento, bem como na construção de novos conhecimentos e novas experiências.

Dentre os programas oriundos desta Política, destacam-se a Residência Multiprofissional Integrada em Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para à Saúde (PET-SAÚDE), os quais têm proporcionado aos docentes e discentes do curso de serviço social da UFSM, espaços de formação em saúde desde a sua criação no ano de 2010. Opera no modelo ensino-pesquisa-extensão tendo como cenário de atividades os diversos pontos de atenção e utilizando os aspectos frágeis dos serviços como fonte de produção de conhecimento prático e teórico.

O PET-SAÚDE, ao oportunizar vivências na realidade do SUS, busca a transformação das práticas instituídas na saúde e novas possibilidades à formação acadêmica e a pós-formação em Serviço Social prospectada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contribuindo com o fortalecimento do trabalho do assistente social e o desenvolvimento de capacidades críticas, comprometidas, propositivas, éticas e criativas, a partir das necessidades percebidas no sistema público de saúde.

O movimento histórico e progressista da saúde no Brasil é semelhante aos processos de rupturas e continuidades vividos pelo Serviço Social ao longo de sua trajetória, como categoria profissional, que atua na área da saúde, no campo do conhecimento (saber) e da intervenção (fazer) motivada por princípios éticos que fundamentam o projeto ético-político¹ da profissão.

Tal projeto coletivo marca o desenvolvimento do Serviço Social como categoria organizada e comprometida com a recusa e crítica ao conservadorismo, legitimando a identidade profissional, os valores, os compromissos, as competências e as normas de atuação junto aos usuários, entre assistentes sociais e com as outras áreas do conhecimento.

O olhar sobre a saúde, uma área em que pulsam valores humanos candentes, como evidencia Martinelli (2011), e seus usuários cercados de fragilidades e sedentos de atenção sob suas condições clínicas e sociais tem sido objeto de estudo e intervenção do assistente social, em

¹ A respeito do Projeto ético-político profissional sugere-se a leitura do texto “A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social” de José Paulo Netto, publicado na revista Serviço Social e Saúde em 2010.

que, desde 1997, é oficialmente reconhecido como um profissional da saúde². Suas competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas - empreendidas no projeto hegemônico da profissão é parte fundamental dos processos de trabalho do assistente social - não só reconhece a condição do usuário da saúde como um sujeito de direitos, como lhes garante condições de cidadania diante do estado democrático que nos é concebido.

A atuação de assistentes sociais na saúde - em especial na área da saúde onco-ginecológica da mulher, trazidas neste trabalho através da experiência prática do PET-RAS com usuárias em tratamento de mama e útero - perpassa dimensões éticas que incidem sobre o cuidado, a proteção social e a militância e que por sua vez tendem a ser alcançadas com o real entendimento do projeto ético-político da profissão, com o referenciamento dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde e com o processo de formação permanente. Qualificando assim, o trabalho do assistente social diante dos desafios que hodiernamente se apresentam, e proporcionando novas garantias à integralidade do cuidado.

Os parâmetros publicados pelo Conselho Federal de Serviço Social - órgão máximo de representação da categoria profissional - no ano de 2010, apontam como atividades de formação profissional: a criação de campos de estágio, a supervisão de estagiários, a criação e participação de programas de Residências Multiprofissionais, Uniprofissionais e preceptorias de residentes.

É neste espaço de apresentação e discussão teórica que se organiza o presente trabalho. Disposto em 3 capítulos que remetem à experiência prática (extensionista) com mulheres em tratamento para o câncer de mama e colo do útero, um espaço em potencial para a construção do conhecimento prático e teórico do assistente social diante da ampliação dos casos novos da doença, defesa e ampliação dos direitos garantidos a estes usuários, bem como a necessidade de qualificar os serviços prestados e a atuação dirigida, e o redimensionamento do cuidado clínico e social diante das fragilidades e negações percebidas durante o processo terapêutico.

Após as informações introdutórias, abordar-se-á a revisão bibliográfica, que irá compor o capítulo 2, dividida em sub-capítulos que remetem aos aspectos históricos da saúde pública brasileira e sua caminhada progressista, culminando na criação dos Programas de Educação Permanente em saúde e na implicação do assistente social nestes espaços de formação.

² A Resolução nº 218 de 06 de Março de 1997, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), institui as profissões da saúde, no qual inclui o assistente social. Em contrapartida, no ano de 1999 o CFESS se posiciona diante deste exposto, através da Resolução nº 383/99, onde caracteriza o assistente social como um profissional de saúde, porém não exclusivo desta área, podendo estar inserido no âmbito das demais políticas sociais.

No capítulo 3, evidenciar-se-ão os aspectos metodológicos do trabalho, da intervenção do assistente social na linha de cuidado Hemato-Oncologia e da experiência prática acadêmica no PET- RAS com as ações desenvolvidas no HUSM com o subgrupo Câncer de Mama e Colo do útero e nos demais espaços e atividades.

Por fim, na conclusão, retomar-se-á discussão apresentada ao longo do trabalho, com vistas a subsidiar a análise crítica-reflexiva em torno da dicotomia ensino-formação percebida enquanto bolsista de um programa oriundo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE SOB A ÓTICA TRANSFORMADORA DOS PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A política de saúde no Brasil, empreendida através do Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de sonhos e conquistas do movimento de reforma sanitária que dialeticamente constrói e reconstrói suas ações em prol dos direitos humanos, cidadania, justiça e direitos sociais³, entre eles os serviços de saúde de qualidade ao alcance de todos.

A saúde ao ser assumida como um dos eixos do tripé da Seguridade Social adquire o caráter de política de proteção social através do SUS, que democraticamente se assenta nas linhas da Constituição Federal⁴ em vigência, como um sistema universal, gratuito, igualitário e de direito do cidadão e dever do Estado.

Ao longo dos seus 24 anos, o SUS teve sua história marcada por muitos avanços e desafios a serem superados. Como avanços destacam-se: “a evolução das equipes do Programa Saúde da Família, do Programa Nacional de Imunizações, do Sistema Nacional de Transplantes” (SOUZA e COSTA, 2010:510) e acrescentam-se ainda a expansão de hospitais e serviços públicos de saúde, tratamentos especializados, como por exemplo, no caso das neoplasias malignas (câncer), a criação da Política Nacional de Atenção Oncológica⁵, a criação da lei que prevê prazo para o início do tratamento do câncer (Lei dos 60 dias⁶), a reconstrução da mama⁷ em casos de Mastectomia Radical, os Programas de Educação Permanente em Saúde pactuado intersetorialmente com o Ministério da Educação e etc.

Os desafios demonstram as fragilidades dos serviços de saúde percebidos através da ausência de recursos materiais e humanos nos diferentes níveis de complexidade e nas diversas

³ De acordo com o Art. 6º da Constituição Federal de 1988 são direitos sociais: a saúde, a educação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

⁴ Na Constituição Federal de 1988, o art. 194 traz a seguridade social como sendo, ações de responsabilidade do poder público e da sociedade sobre a saúde, previdência e assistência social. A seção saúde, empreendida a partir do art. 196 até o art. 200, elenca as diretrizes, atribuições e competências do SUS.

⁵ Com base nas informações do Instituto Nacional do Câncer José Gomes Alencar da Silva (INCA), em 2005 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria GM 2439/2005), que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e da mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde.

⁶ A lei nº 12.732/12, dispõe sobre o direito do paciente com neoplasia maligna “de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico [...]” (Art. 2º).

⁷ A Lei nº 12.802/13 - Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/resenha-diaria/2013-resenha-diaria/abril-resenha-diaria#content>

regiões do Brasil, filas de espera por consultas, procedimentos e terapêutica; ausência da população no controle social, a vigência de um modelo fragmentado de atenção à saúde, profissionais desmotivados ou, por vezes, descomprometidos com a saúde pública; a insuficiência de recursos financeiros e a má aplicação deles, concentrando um elevado percentual de recursos na alta complexidade do que, prioritariamente na atenção primária⁸.

Para o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010), essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde.

Para que mudanças ocorram no interior da política pública de saúde, além de recursos humanos e materiais, é necessário repensar o sistema de atenção à saúde⁹ contemporâneo o que de certo modo vem sendo problematizado com “a produção teórico-metodológica da saúde coletiva¹⁰” (PASCHE, 2008) e hodiernamente com a criação dos Distritos Sanitários, Política Nacional de Humanização (PNH), sistemas integrados das RAS e com os Programas de Educação Permanente.

Conforme Mendes (2011 apud Coile, 1997), a implantação das RAS “suscitou mudanças radicais no modelo vigente e fragmentado de saúde que vão de encontro às condições agudas e crônicas, na visão compartilhada da rede, na eliminação de redundâncias, a implantação de diretrizes clínicas, a integração horizontal e vertical dos serviços e o foco na qualidade”

As alterações nos modos de ensinar e aprender a saúde pública tem sido outro ponto fundamental frente a estes ideários de mudança. Evidenciam-se o aumento de oportunidades de formação e pós-formação com a criação de programas de formação permanente de acadêmicos e trabalhadores da saúde, entre eles os assistentes sociais, para atuarem no enfrentamento das refrações da questão social, na qualificação dos modos de atuar e intervir junto à população usuária no fortalecimento e implementação do SUS.

⁸ Ao abordar que os recursos dispensados a alta complexidade ao longo dos anos tem sido maiores que os destinados à AP, está se pensando no processo histórico de dificuldades da saúde pública, sobretudo com a AP, mas que com o movimento de transformação, e com a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por exemplo, se percebe que os recursos da AP vem paulatinamente sendo redimensionados.

⁹ Os Sistemas de Atenção à Saúde, de acordo Mendes (2011) são respostas sociais sobre as necessidades, demandas e preferências das sociedades. Estas incidem sobre a garantia de proteção aos riscos, o acolhimento humanizado, o alcance dos níveis de saúde, a criação e a prestação de serviços.

¹⁰ Entende-se por Saúde Coletiva (Pasche, 2008), o movimento crítico, teórico, prático e político que vivencia o tensionamento e a reconstrução dos modos de conceber a ciência e o agir em saúde.

2.1 A trajetória da saúde pública brasileira na contemporaneidade

O resgate histórico das ações e informações em relação à saúde pública brasileira adquire relevância diante da necessidade de compreensão da conjuntura atual do sistema de saúde que é ofertado enquanto direito social¹¹.

Contudo, neste retrospecto, opta-se por iniciar pelo ano de 1984, no qual eventos significativos despontaram no cenário brasileiro, “ampliando os debates a cerca dos temas da saúde e sua democratização” (SIMÕES, 2012, p.130), mobilizados pelo movimento de Reforma Sanitária, projeto macro na área da saúde. Tal movimento, segundo Cohn (1989), teve início na década de 1970 com a participação de instituições comprometidas com o acesso universal à saúde e igual para todos, contemplando os anseios de grupos organizados, formados por universitários, profissionais da saúde e militantes, na reformulação das leis e adequação das instituições que prestam serviços de assistência à saúde.

A participação destes segmentos para Falleiros e Lima (2010) se deu através da luta pela rearticulação da força política, discussão e mobilização popular em prol da saúde percebidas com a criação da CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) e ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). Esses grupos atuaram como difusores do movimento de Reforma Sanitária promoveram debates e críticas a cerca das questões ligadas à saúde, produziram elementos teóricos, interviram nas decisões parlamentares e criaram propostas que foram incorporadas inicialmente na Conferência Internacional de Alma-Ata em 1978, no Cazaquistão, e posteriormente nas Conferências nacionais.

O fato marcante e fundamental para a discussão da saúde no Brasil foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília. Os temas abordados na conferência versaram segundo Bravo (1996), sobre a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial, a ampliação do conceito de saúde, a reestruturação do setor e a criação do SUS, graças ao movimento organizado da reforma sanitária.

¹¹ Os direitos sociais surgem com a Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social) como mecanismo de proteção social e reconhecimento do Estado pelos direitos da classe trabalhadora, as pessoas que de acordo com Mota (2010) estejam impossibilitadas de prover seu próprio sustento, que precisam de atenção perante aos riscos laborais, tais como as doenças ocupacionais, acidentes do trabalho e até mesmo garantias financeiras diante da velhice e em casos de morte.

O conceito ampliado de saúde, de acordo com o Relatório Final da VIII CNS (1986), é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

A VIII conferência foi um marco político importante, pois tinha por objetivo “aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para a inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias” (BRAVO, 1996, p.83).

A Conferência, segundo o CONASS (2006), teve desdobramentos imediatos num conjunto de trabalhos técnicos, cuja amostra tem-se o Relatório Final da Conferência que colocou em pauta o conceito ampliado de saúde, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a criação de um Sistema Único, ambas as proposições serviriam de base para a elaboração da Seção Saúde da Constituição Federal (CF) de 1988.

O texto constitucional inspirado nas proposições defendidas pelo movimento sanitário tinha por objetivo “a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais” (CFESS, 2010, p. 19), no qual a saúde é entendida como:

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

As políticas sociais, conforme Castro (2013), são mecanismos de proteção social garantidas pelo Estado, utilizadas por diversos profissionais, sobretudo o assistente social, através da oferta de bens e serviços, sob a perspectiva da transferência de renda, com o fim último de garantir os direitos sociais.

Para Behring (2010), os assistentes sociais utilizam as políticas sociais no enfrentamento da questão social, pois se assenta em um terreno importante, o das lutas de classes, cuja defesa dos direitos e condições dignas de vida são primordiais em face de suspensão e diminuição dos recursos públicos para a reprodução da força de trabalho ou da vida em sociedade.

A constituição Federal de 1988, conforme Nogueira e Miotto (2010) universalizou o direito à saúde, dando garantias de acesso aos serviços, sem critérios de exclusão ou discriminação, abriu-se para a participação popular nas decisões políticas e de gestão da saúde, culminando posteriormente na criação de duas leis importantes – a lei 8.800/90 e a lei 8.142/90 - que reforçam essa conquista democrática.

Em setembro de 1990, foi criada a Lei n. 8.080, conhecida por Lei Orgânica da Saúde (LOS), um reforço para a consolidação das ações designadas a assegurar os direitos concernentes à saúde, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes [...]” (LOS).

Esta lei regula as ações e serviços de saúde no âmbito do SUS e em território nacional, integra uma rede regionalizada, hierarquizada, organizados a partir dos princípios da universalidade que garante o acesso de todos sem necessitar de contribuições, da integralidade fruto dos diferentes saberes de uma equipe multiprofissional, da descentralização que pressupõe a operacionalização dos serviços em diferentes territórios, a participação da comunidade através das reuniões, grupos e instâncias deliberativas, entre outros, e dos seguintes objetivos:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes¹² da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º¹³ desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (LOS, Art. 5º).

Outro aspecto importante no desenvolvimento da política pública de saúde no Brasil, além da criação da LOS, diz respeito sobre a lei nº 8.142/90 que insere a comunidade na participação da gestão do SUS através do controle social¹⁴ nas instâncias colegiadas nos conselhos e conferências de saúde.

Os conselhos e as conferências de saúde respectivamente são órgãos colegiado permanente, deliberativo e de avaliação dos serviços voltados à saúde pública. São “compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente [...]” (Lei 8.142/90, Art. 1º).

¹² Sobre os fatores condicionantes e determinantes na saúde elencados no Art. 3º da LOS (1990), pode-se dizer que eles constituem o objeto de trabalho do assistente social, a questão social, vivenciadas pelos usuários da saúde através das desigualdades sociais no acesso a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais;

¹³ A observância de que trata o § 1º do Art. 2º da LOS, diz respeito a construção de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e agravos, bem como a provisão de serviços que assegurem o acesso universal e igualitário de suas necessidades.

¹⁴ O Controle Social, segundo Nogueira e Miotto (2010:10 APUD Carvalho, 1997) é o processo pelo qual a sociedade interfere na gestão pública, no direcionamento das ações do Estado para com os interesses da coletividade, estabelecendo assim a capacidade de participação e mudança.

Para Sarreta (2010), o SUS é considerado a mais importante política social inclusiva em movimento no País. Seu desenvolvimento, ainda que com diversos limites, demonstra a expectativa da sociedade na busca de atendimento à saúde com qualidade.

Tais limites, conforme o CFESS (2010), são percebidos pelo viés da desigualdade de acesso aos serviços de saúde, os desafios e dilemas para alcançar a integralidade e a equidade, a inoperância do controle social e a falta de articulação entre os movimentos sociais, mostram que os princípios da Reforma Sanitária ainda se encontram presentes em nosso cotidiano.

Sendo a Reforma Sanitária, um processo político permanente de construção, mesmo após a criação do SUS, vem se perpetuando no cenário brasileiro mediante o incremento de novas regulamentações que visam consolidar e fortalecer o campo da saúde pública. São elas: A PNH, o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A PNH¹⁵, proposta pelo Ministério da Saúde em 2003, surge com o intuito de promover o “re-encantamento” (PASCHE, 2008) dos princípios do SUS, em virtude da fragmentação dos processos de trabalho, da não interação entre as equipes de saúde, a dificuldade em lidar e empreender as subjetividades que emergem nas práticas, entre outros.

Humanizar a saúde não se resume em atitudes humanitárias, de bondade e favor, se fundamenta na “troca e construção de saberes, diálogo entre os profissionais, trabalho em equipe, consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo” (BRASIL, 2003, p.10) da saúde “trata-se, então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo.” (BRASIL, 2004, p.8)

A humanização na saúde pressupõe, segundo Pasche (2008,) alterações nos modos de gerir o cuidado e conduzir a gestão a partir da consolidação de quatro marcas específicas, sendo elas:

1. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.
3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores. (BRASIL, 2004, p.10).

¹⁵ As diretrizes da Política de Humanização, segundo Pasche (2008) são: o Acolhimento, clínica ampliada, co-gestão, valorização do trabalho e trabalhador, defesa dos direitos do usuário, ambiência e construção da memória do SUS que dá certo.

O Pacto pela Saúde, materializado pela portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, assume o compromisso, através de suas diretrizes operacionais, de transformar as práticas de saúde, o que de certa forma implicará na definição de práticas articuladas e integradas a partir de três componentes: “Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS” (PORTARIA Nº 399/06).

Segundo a portaria nº 399/06, o Pacto pela Vida prioriza ações de qualificação da Atenção Básica, de promoção da saúde cujo foco é adoção de hábitos saudáveis, redução dos casos de Câncer de mama e colo do útero, mortalidade materna e infantil, prevenção de endemias e atenção integral a saúde do idoso. Com o Pacto em Defesa do SUS tem-se a criação e a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, um instrumento em defesa da garantia dos direitos e cidadania dos usuários da saúde. Por último, o Pacto de Gestão do SUS define a responsabilidade de cada instância gestora, bem como as diretrizes¹⁶ a ser seguida por estes.

Diante do compromisso do Pacto pela Vida de fortalecer a Atenção Básica, em 2006 regimentou-se, através da Portaria GM nº 648, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁷, na qual, ainda no ano de 2006 tem na Portaria GM nº 822 a inclusão da Estratégia de Saúde como porta de entrada dos indivíduos através das “ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção [...] a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2007, p. 12).

Neste ideário de rupturas com os modelos conservadores na saúde que ainda persistem, sobretudo no cenário da alta complexidade, as continuidades são fundamentais e ganham destaque no cenário atual. Para KLAFKE (2010):

A necessidade de mudança decorre da adequação às novas modalidades de organização do mundo do trabalho em saúde, das exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, dos desafios da transdisciplinaridade na produção do conhecimento ou da necessidade da universidade reconstruir seu papel social, considerando a multiplicidade de lugares produtores do conhecimento do mundo atual. (KLAFKE, 2010, p.29)

¹⁶ As diretrizes do Pacto de Gestão do SUS compreendem: a Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

¹⁷ A PNAB teve suas diretrizes de organização e normatização da AB revisonadas pelo MS através da Portaria nº 2.488/11.

De acordo com Mendes (2011), “as reformas sanitárias continuam necessárias, mas uma nova agenda deverá impor-se e terá como principais objetivos gerar valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e diminuir as iniquidades”.

As RAS, conforme Mendes (2010), são respostas sociais no formato de sistemas integrados de saúde que surgem em virtude do cenário de incoerência na saúde, em que se percebe um sistema fragmentado voltado para as situações das doenças agudas e agudizações das doenças crônicas.

Tais respostas são organizadas a partir das seguintes substituições, segundo Mendes (2011):

a decisão baseada em opinião para a decisão baseada em evidência; dos sistemas fragmentados, voltados para a atenção às condições e aos eventos agudos, para as redes de atenção à saúde, voltadas para atenção às condições agudas e crônicas; da gestão dos meios, recursos humanos, materiais e financeiros, para a gestão dos fins, a gestão da clínica; de uma visão estreita de intervenções sobre condições de saúde estabelecidas, através de ações curativas e reabilitadoras, para uma concepção integral de sistemas de atenção à saúde que atue harmonicamente sobre os determinantes sociais da saúde e sobre as condições de saúde estabelecidas; e do financiamento baseado no volume de recursos para o financiamento baseado na geração de valor para as pessoas. (MENDES, 2011, p.17)

A implantação das RAS se dá a partir da consonância entre a situação de saúde da população usuária e o SUS. São entendidas, segundo o CONASS (2006) como a organização horizontal dos serviços, tendo como centro de comunicação a atenção primária à saúde¹⁸ (APS), no qual é prestada uma atenção contínua de modo a responder com eficácia e eficiência, às condições agudas e crônicas dos segmentos assistidos.

Diante das transformações estruturais impressas pelas RAS no modo de pensar e fazer saúde espregueia-se a necessidade de qualificar estudantes e profissionais inseridos no contexto do SUS para atuar nos sistemas interligados, que conectam os diferentes pontos de atenção nos diferentes níveis de complexidade. Em conformidade com as RAS, surgem os programas de educação permanente, que as incluem no rol das ações estratégicas, motivando estudantes, trabalhadores e docentes da saúde a vivenciar e comprometer-se com esta nova pauta.

¹⁸ A APS enquanto coordenadora das RAS deve cumprir três funções essenciais (CONASS, 2006): ser resolutiva diante dos problemas de saúde da população, coordenador o fluxo (e contra-fluxos) dos usuários nos diferentes Pontos de Atenção à Saúde (PAS) e assumir a responsabilização e a co-responsabilização dos usuários dos serviços.

2.2 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS): novos rumos da prática e formação profissional

As ações de enfrentamento das classes sociais a crise contemporânea do capital, segundo Koike (2009), são necessárias diante das transformações societárias, pois suscitam novas exigências às práticas profissionais, à formação profissional e organização das categorias profissionais.

Atualmente, vivenciamos um movimento contra-hegemônico, por parte da sociedade, de reorganização e de atualização das práticas em saúde, que contrapõe os retrocessos evidenciados na saúde pública, como a má aplicação dos recursos financeiros. Dentre as iniciativas desse movimento de resistência, destacam-se conforme Nogueira e Mito (2010): a criação dos Pólos de Capacitação Permanente e dos Programas de Capacitação e Atualização Profissional em vários níveis, para distintas categorias profissionais.

Sarreta (2010) pontua que as políticas e os programas de educação permanente visam implementar e qualificar a rede de saúde e o atendimento aos usuários do SUS, bem como minimizar os problemas que dificultam e/ ou impedem o acesso da população aos serviços e unidades de se caracterizar “como uma forma de cumprir a determinação de que a competência para ordenar a formação de recursos humanos¹⁹ na área da saúde é do SUS” (KLAFKE et al, 2010, p.26)

Nesse sentido, a Portaria GM/MS nº 1.996/07, instituída pelo Ministério da Saúde, reformula²⁰ as diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, tendo como norteador o artigo 14 da LOS que dispõe sobre a criação de “Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior”.

Destaca-se que é papel do SUS e das Instituições de Ensino:

coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes. (CECCIN; FEUERWERKER, 2004, p.46).

¹⁹ A ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde está apresentada no parágrafo III do Art. 6º da LOS.

²⁰ A portaria nº 1.996/07 reformula a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº.335, de 27 de novembro de 2003 que aprova a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”

Segundo a portaria nº 1.996/07, a PNEPS deve considerar as especificidades e as desigualdades regionais, as necessidades de formação, o trabalho em saúde e as condições estruturais das instituições para sua oferta.

Essa política tem como condutores os Colegiados de Gestão Regional²¹ e as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)²², empreendidas como “instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2009, p.9).

A PNEPS, para Sarreta (2009), tem por escopo a transformação das práticas de saúde, das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, bem como o fortalecimento da gestão participativa, a responsabilidade compartilhada, o diálogo, a integração, a participação, a troca de saberes e soluções coletivas que viabilizam a atenção integral.

De acordo com a PNEPS (2009, p.20):

a educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. [...] pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. (PNEPS, 2009, p.20)

A Educação Permanente constitui-se em “alternativas pedagógicas que favorecem a articulação entre teoria e prática, ensino e trabalho e, a adoção de enfoques interdisciplinares” (KLAFKE et al, 2010, p.27). Estabelecendo relações orgânicas entre o ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde [...] entre formação e gestão setorial, entre o desenvolvimento institucional e o controle social em saúde” (BRASIL, 2009:7).

Para Ceccin e Feuerwerker (2004) a atualização técnico-científica proporcionada pelos programas de educação permanente, não possui como elemento central apenas a qualificação, mas também a produção de subjetividades, habilidades, pensamento crítico e um profundo conhecimento do SUS.

O processo de construção, qualificação e produção de habilidades inerente à política, para Ceccin (2005) é empreendida a partir de um quadrilátero de formação, tais como: educação dos profissionais de saúde, práticas de atenção à saúde, gestão setorial e organização social.

²¹ Com base no Art. 4º da PNEPS, os Colegiados de Gestão Regional assumem como atribuições a construção e a submissão dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde, a pactuação dos recursos financeiros, a participação, a avaliação e o monitoramento das ações e estratégias desenvolvidas pelas CIES.

²² A CIES, por sua vez, apoia e coopera os Colegiados de Gestão Regional na construção dos planos regionais, ações e estratégias de intervenção.

O quadrilátero de formação apresentado por Ceccin (2005) se mostra como subsídio de reflexão para o processo de educação permanente e transformação das práticas em saúde, pois nos coloca a pensar criticamente a realidade dos serviços e das práticas, reconhecendo as fragilidades e promovendo as rupturas, a criação de novas práticas, de redes e movimentos de luta.

A educação dos profissionais da saúde²³, a ponta inicial do quadrilátero, pressupõe mudanças na concepção hegemônica tradicional para uma concepção construtivista, isto é, construir uma formação mais crítica que problematize as práticas e saberes, se distanciando do mecanicismo que englobam as práticas educacionais e da visão biológica da saúde.

A análise sobre as práticas de saúde apontam para a necessidade de se construir novas práticas que problematizem a PNH, sobretudo a integralidade, a humanização e a implicação dos usuários na elaboração de seus projetos terapêuticos.

As análises sobre a gestão setorial e organização social, apontam para o constructo das redes de atenção frente às necessidades da saúde e a presença dos movimentos sociais no apoio as lutas pela saúde pública, respectivamente.

Para Davini (2009), o enfoque da educação permanente supõe a incorporação do ensino e do aprendizado à vida cotidiana das organizações, a transformação das estratégias educativas, tendo a prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o fazer; colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores; abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar; ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.

A educação permanente, segundo Davini (2009), abrange diversas ações de capacitação, porém nem todas estas questões fazem parte da estratégia global, progressiva e sistemática que representa os programas de formação permanente são ofertadas em grande número na saúde na perspectiva de educação continuada cuja finalidade é a atualização, uma estratégia descontínua de capacitação, onde são ofertados cursos sem uma sequência prevista.

²³ A educação dos profissionais da saúde pressupõe também mudanças na produção de conhecimento, de modo que, desconstrua a visão de que os centros de formação (Universidades) são os únicos espaços onde se produz conhecimentos. O conhecimento é possível de construir no interior dos serviços, no contato diário com os usuários, no diálogo entre as diferentes áreas e realidades, Desse modo, constituem-se espaços de formação: Hospitais, Postos de saúde, Secretarias de saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Estágios de vivências (VER/SUS), grupos de educação em saúde e etc.

A PNEPS, de acordo com a SGTES (2012), com o intuito de instigar as ações educativas e reflexivas na saúde criou os seguintes programas de qualificação e formação em saúde: o Profaps²⁴, Pró-Saúde²⁵, PET-Saúde²⁶, Telessaúde²⁷, Una-SUS²⁸, Residência²⁹, Pró-Residência³⁰, Proxab³¹, ObservaRH³², Proge SUS³³, Desprecariza SUS³⁴, MNNP-SUS³⁵, Inova SUS³⁶, Mercosul³⁷, Sistrabalho³⁸, VER-SUS³⁹, Agenda Nacional do Trabalho Docente no SUS, Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e Portal Saúde Baseada em Evidências.

Destaca-se que estes programas, segundo a SGTES (2012), são voltados para a formação dos estudantes de graduação, docentes, trabalhadores da saúde (tanto em nível médio, técnico ou superior) envolvidos na gestão, na assistência e demais processos de trabalhos que impliquem os Hospitais Universitários e de ensino, as secretarias estaduais e municipais de saúde e órgãos gestores governamentais da área da saúde.

Neste rol de iniciativas e intentos motivados pela PNEPS, ganham destaque na formação acadêmica os programas Pró-saúde e Pet-saúde, que, segundo a SGTES (2012), surgem com intuito de reorientar a teoria, a prática e os projetos pedagógicos da formação profissional a partir de eixos estratégicos, entendidos como prioridades pelo MS, mas que não se configuram como modelos estanques, haja vista a dinamicidade dos quadros epidemiológicos, resultando no surgimento de novos eixos. Entre os eixos já constituídos, destaca-se: Rede Cegonha⁴⁰; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama, Plano de Enfrentamento das Do-

²⁴ Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio Área da Saúde;

²⁵ Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde;

²⁶ Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde;

²⁷ Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes;

²⁸ Universidade Aberta do SUS;

²⁹ Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde;

³⁰ Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas;

³¹ Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica;

³² Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde;

³³ Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS;

³⁴ Desprecarização do Trabalho em Saúde;

³⁵ Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS;

³⁶ Práticas inovadoras de gestão do trabalho na saúde;

³⁷ Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde;

³⁸ Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS.

³⁹ Estágio de vivências na realidade do SUS.

⁴⁰ A Rede Cegonha foi instituída no ano de 2011, pela portaria nº 1.459, e de acordo com o Art. 1º consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

enças Crônicas não Transmissíveis, Estratégia de Saúde da Família, Vigilância em Saúde e Saúde Mental.

Os eixos estratégicos são formados por equipes multiprofissionais, nos quais o assistente social é parte integrante, sua formação na saúde recebe o direcionamento dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, apresentado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que orienta estudantes e profissionais quanto ao processo de formação e educação permanente em saúde, em que:

As atividades de qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes [...]. (CFESS, 2010, p.63)

O Código de ética do assistente social reconhece o estímulo da prática profissional interdisciplinar sempre que possível, como um dever imerso nas relações com assistente sociais e outros/as profissionais. A inserção do assistente social nas equipes interdisciplinares e nos programas da PNEPS fortalece segundo o CFESS (2012) os princípios éticos fundamentais e as competências profissionais, através do aprimoramento intelectual e da qualificação dos serviços prestados.

2.3 Os aspectos constitutivos da atuação e da formação profissional do assistente social na saúde.

O Serviço Social, segundo Martinelli (2009), surge no Brasil nos anos de 1930, respaldada pela igreja católica, como uma resposta da classe dominante aos movimentos de resistência da sociedade capitalista, no sentido de “encobrir, atenuar ou controlar os efeitos das contradições criadas e reforçar os mecanismos de dominação.” (BRAVO, 2013, p. 45).

A profissão assumida como vocação, foi “constituída por jovens católicas participantes de atividades assistenciais ou militantes da igreja, e todas pertencentes às famílias da burguesia” (MARTINELLI, 2009, p.123). Ela tinha, na saúde, como pressupostos básicos:

- Fazer o bem por amor a Deus e/ou fazer o bem por amor ao homem;
- A ordem social precisa atender às necessidades humanas, sendo o doente responsável pela situação, precisando ser ajudado, educado, reformado, para que a ordem seja mantida;
- Valorização da experiência acumulada, levando a um praticismo desvinculado do processo de conhecimento, sem uma formulação teórica para nortear a prática. (BRAVO, 2013:47)

Sobre os fundamentos históricos da formação do assistente social, ao longo destes anos de construção e aperfeiçoamento da profissão, Iamamoto e Carvalho (2006) assinalam que as primeiras escolas de Serviço Social foram criadas nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro respectivamente. Sendo a primeira fundada em 1936, pelo Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS), e posteriormente em 1937 no Rio de Janeiro, ambas as escolas técnicas articuladas com a questão da saúde, que por sua vez, trabalhavam especificamente com os hábitos higiênicos da população.

Segundo Iamamoto e Carvalho (2006), o campo da saúde nos anos de 1947-1949 foi o espaço que mais contratou assistentes sociais para atuar em Hospitais, Clínicas, Dispensários de Tuberculose, bem como na puericultura e profilaxia de doenças transmissíveis.

Nesta época, o assistente social, segundo Bravo (2013), assumia a função de visitador, aconselhador e ajudante da equipe médica, atuava por meio de visitas domiciliares, triagens (seleções socioeconômicas) e prestando aconselhamentos, tornando-se um fiscalizador da pobreza, um profissional imediatista e burocrático cuja ação estava relegada ao preenchimento de formulários, intermináveis visitas fiscalizatórias e com um nível técnico bastante incipiente.

Se ao longo da história da profissão a categoria possuía uma identidade atribuída (Martinelli, 2009) a burguesia, no campo da saúde não foi diferente, essa imposição era empreendida, segundo Bravo (2013), numa relação de subalternidade ao médico frente sua autoridade, e corroborada pelas rígidas estruturas institucionais, o que incidia no agir profissional do assistente social, que complementava as atividades do médico e em sua maioria, assumia uma demanda que tecnicamente não lhe pertencia.

Em alguns momentos percebe-se que a ação do assistente social na saúde vai consolidar práticas que servem de legitimação e controle do Estado, com um único objetivo: “reduzir a tensão dos clientes e evitar críticas ao tratamento realizado, mantendo o controle dos serviços e seu pleno funcionamento.” (BRAVO, 2013, p.93)

Para Martinelli (2009), essa prática alienada, alienante e alienadora por um longo período colocou em cheque a identidade profissional dos assistentes sociais, mas por outro lado impulsionou a revisão crítica do Serviço Social, conhecida na história da profissão como o Movimento de Reconceituação.

Tal movimento, segundo Netto (2010) propagou entre a categoria profissional a recusa e a crítica ao monopólio do conservadorismo no Serviço Social, propiciando a construção de um

projeto ético-político, que tem por dimensão ética o valor da liberdade como direito central, a defesa dos direitos humanos e o repúdio ao preconceito. Além disso, há também uma dimensão política que se coloca a favor da equidade, justiça social, da consolidação e da ampliação da cidadania, bem como dos direitos civis, políticos e sociais.

As dimensões ético-políticas retradas no parágrafo anterior materializam os princípios fundamentais do Código de Ética profissional – Resolução CFESS nº 273/93, e, segundo Sarreta (2010), estabelece os direitos e deveres do assistente social e suas conexões com os usuários, com o judiciário, com os órgãos de representação CFESS/CRESS, com as instituições empregadoras e com assistentes sociais e demais profissões.

Sendo assim, a profissão é Regulamentada pela Lei nº 8.662/93, e por um Código de Ética Profissional, “apresenta-se como uma profissão analítica e interventiva, com [...] atribuições e competências fundadas na garantia de direitos sociais e na construção de uma sociedade verdadeiramente democrática, sem preconceitos e iniquidades sociais” (LANZA et al, 2012, p.216).

Se considerarmos que a “década de 1980 foi extramente fértil na definição dos rumos técnico-acadêmicos e políticos para o Serviço Social” (IAMAMOTO, 2012, p.50) podemos afirmar que o caminho desenvolvimentista do Serviço Social e da Saúde se deu na mesma época e com a mesma intensidade, motivados por movimentos coletivos, de um lado a Reconceituação do Serviço Social e do outro a Reforma Sanitária na saúde.

Porém, segundo o CFESS (2010) os avanços conquistados na saúde pela profissão foram insuficientes, pois o Serviço Social continuava, na década de 1990, desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária e sem produzir respostas às demandas postas em prática em saúde.

Nesse período, de acordo com o CFESS (2010), a saúde no Brasil vivenciava o projeto de Reforma Sanitária, e concomitante a ele, o projeto privativista⁴¹ que requisitava ao assistente social uma atuação baseada na fiscalização, no assistencialismo e no favor.

Esses projetos solicitavam ao assistente social atuações diferenciadas, mas como o período para o Serviço Social era de recusa ao conservadorismo, o projeto de Reforma Sanitária

⁴¹ É importante ressaltar que o projeto privativista, em meados de 1990, sofria influência do projeto Neoliberal e o governo oscilava de posição diante deste embate “projeto de Reforma Sanitária versus projeto privativista”, pois segundo CFESS (2010) ora fortalecia o projeto sanitaria e do outro mantinha a focalização e do desfinanciamento, característico do segundo projeto.

era o que mais se aproximava dos princípios e teorias do Projeto ético-político profissional, e por isso demandava:

a contribuição do Serviço Social em questões ligadas ao acesso aos serviços de saúde, à busca de estratégias para aproximar as ações em saúde da realidade, ao trabalho interdisciplinar, à ênfase nas abordagens grupais com vistas a atender o maior número de pessoas possível, ao acesso democrático às informações e ao estímulo à participação popular. (LANZA, 2012, p.216)

Para Sarreta (2010), com a criação do SUS, o assistente social passou a ser requisitado a participar do processo de gestão da saúde, na (re)organização dos serviços de saúde, no planejamento, execução e avaliação de programas e políticas, no controle social, na criação de estratégias que aproximem o SUS das demais políticas sociais, na produção de conhecimentos e experiências frente aos desafios postos na saúde, suscitando uma prática profissional que amplie as possibilidades de acesso e de inclusão social.

As atividades de formação profissional do assistente social na saúde para o CFESS (2010) compreendem a criação de campos de estágio, supervisão de estagiários⁴², a criação e/ou participação nos programas de residência multiprofissional⁴³, uniprofissional e preceptórias de residentes. Sua atuação compreende quatro eixos que explicitam a intervenção junto ao atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

A formação profissional do assistente social nos programas de educação permanente em saúde deve estar alinhada na proposta das Diretrizes Curriculares da ABEPSS⁴⁴ e consequentemente às dimensões do conhecimento, sob o aporte de uma teoria social crítica que conduza a apreensão da totalidade social.

Desse modo, a proposta de formação da ABEPSS e dos PEP se entrelaça na medida em que privilegiam a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão, promove um trabalho/formação interdisciplinar, estimula a apreensão crítica, investigativa, interventiva e ética da formação profissional no contexto da saúde pública.

⁴² Faz-se necessário acrescentar que as atividades de supervisão, avaliação e treinamento de estagiários de Serviço Social, bem como a implicação a docência tanto na graduação e pós-graduação são atribuições privativas do assistente social previstas nos parágrafos IV e V do Art. 5º da Lei de Regulamentação da Profissão – Lei nº 8.662/93.

⁴³ As residências multiprofissionais foram criadas no ano de 2007 - Portaria Conjunta MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Nos primeiros resultados, em 2009, foram concedidas conforme o SGTES (2010) 499 bolsas formação para diferentes áreas profissionais, sendo o Serviço Social a quinta área com maior número de bolsas (38) recebidas em todo o Brasil.

⁴⁴ Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.

As dimensões do conhecimento definidas pelas Diretrizes Curriculares (1996) indicam a orientação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa imprescindíveis na formação, como condutores da apreensão da realidade complexa, do significado social da profissão e reconhecimento das atribuições e competências da profissão previstas na lei de regulamentação da profissão, bem como da formulação de respostas frente às demandas emergentes da questão social.

3 EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: VIVÊNCIAS EM UMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (UNACON)

As vivências narradas neste capítulo fazem jus às atividades de extensão empreendidas no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, no eixo estratégico das Redes de Atenção à Saúde, tendo como cenário o Hospital Universitário de Santa Maria, uma UNACOM cujas ações e serviços são organizados a partir dos objetivos, princípios e diretrizes do SUS.

Discorrer-se-á organizadamente em 3 subcapítulos que inicialmente trará o histórico do local das vivências, seu papel enquanto hospital de referência na região centro do Estado do Rio Grande do Sul, bem como dados que enfatizem suas contribuições na formação acadêmico-profissional, tendo em vista o caráter de hospital-escola. Na sequência, serão privilegiadas as experiências multiprofissionais e em núcleo profissional logradas no Programa PET-RAS, tendo por base a tríade ensino-pesquisa-extensão.

3.1 HUSM: espaço de atenção e formação em saúde

O HUSM está localizado em Santa Maria, na região Central do Estado do Rio Grande do Sul (RS), um município de grande porte, cujo número populacional segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) equivale a 261.031 habitantes. É conhecido pelos santamarienses e pela população dos municípios vizinhos por ser um dos poucos hospitais da região central do Estado a prestar assistência em saúde integralmente pelo SUS.

Segundo levantamento realizado pelo setor de Recursos Humanos da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), a UFSM compõe o rol das 52 Instituições Federais de Ensino, na qual 8 IES estão localizadas na região Norte, 14 na região Nordeste, 4 na região centro-oeste, 19 na região Sudeste e 7 na Sul.

Fundado em 1970, o HUSM é parte integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e por isso opera no modelo Hospital-escola, pois além de prestar assistência à saúde a população, assume como compromisso a formação acadêmica, a pós-graduação, e o desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão.

Emprende-se através de Barata (2010) que a denominação Hospital-escola vem sendo subtraída diante da efervescência e intencionalidade de reorganização dos serviços de saúde, percebidas com a implantação dos programas de Educação Permanente em Saúde nas instituições de ensino, pública ou privada, passando a ser reconhecida como Hospital de Ensino (HE).

Essas mudanças têm efeito positivo sobre a oferta dos serviços nos HE/SUS, pois surgem a partir de uma política de reestruturação⁴⁵ motivada entre 2003 e 2004 pelos MS e Ministério da Educação (MEC).

Tal política, organizada em programas de reestruturação que visam a contratualização, objetivam, de acordo com Lima e Rivera (2012), a qualificação e a ampliação da assistência, gestão, ensino e avaliação no SUS que vai impactar no aumento da oferta de procedimentos de média e alta complexidade, bem como o gerenciamento de leitos 100% SUS, entre outras, sobretudo no ensino e pesquisa.

Frente a este cenário, as instituições de ensino precisam possuir e oferecer uma estrutura que acolha tanto os usuários que buscam a assistência para solucionar suas necessidades, quanto aos acadêmicos, pós-graduandos e trabalhadores que ensejam bases e qualificação para atuar no sistema público de saúde.

No que concerne à estrutura física do HUSM, os dados publicados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares⁴⁶ (EBSERH, 2013), nos atualizam frente a sua dimensão, pois dispõe de 59 consultórios, 356 leitos hospitalares, sendo 42 leitos na Unidade de Terapia Intensiva, 284 leitos ativos e 30 desativados na unidade de internação, 53 salas de ambulatório, 11 salas para atendimento de emergência, 06 salas do Centro Cirúrgico e 02 salas do Centro Obstétrico.

Por sua vez, para dar conta desta dimensão e das demandas que surgem no cotidiano hospitalar, é necessário um corpo profissional melhor estruturado, com mais profissionais, uma vez que este tem se mostrado insuficiente diante da procura de usuários de Santa Maria e

⁴⁵ A política e os programas de reestruturação dos HE seguem a lógica da contratualização, um mecanismo de administração pública firmado entre autoridades da saúde e os prestadores de serviços, com vistas a “melhorar o desempenho dos prestadores e incrementar a prestação de contas de resultados para usuários, financiadores e governos” (LIMA e RIVERA, 2010, p. 2508). Do ponto de vista prático, podemos citar a EBSERH (prestadora) que utiliza o contrato de gestão como um conector de comunicação com o financiador.

⁴⁶ A EBSERH é uma empresa pública, com personalidade jurídica de direito privado, e que vem assumindo a gestão de muitos hospitais públicos de ensino no Brasil. Segundo seu Regimento Interno (Art. 2º) presta serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e diagnóstica, bem como serviços de apoio ao ensino, pesquisa e extensão as instituições federais de ensino ou congêneres.

No ano de 2014 a UFSM assinou o termo de adesão a EBSERH, eximindo-se da responsabilidade da gestão do HUSM. No ano anterior ao fato, a EBSERH, inserida no contexto hospitalar realizou um diagnóstico a fim de conduzir o planejamento de suas futuras ações.

Deste modo, os dados apresentados neste subcapítulo são fruto do diagnóstico elucidado através de relatório, intitulado “Dimensionamento dos serviços assistenciais do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM/UFSM” e publicado em 9 de Abril de 2013 pela EBSERH.

Este subcapítulo não objetiva adentrar nas questões que permeiam os debates entre movimentos estudantis e conselhos profissionais sobre a adesão das Instituições Federais de Ensino a EBSERH.

Municípios vizinhos. Um comparativo entre os dados de 2008 e 2013 do quadro de pessoal do HUSM, publicados no site do HUSM, expressam que, em 2008, havia 166 docentes de diferentes núcleos profissionais, 1355 funcionários de apoio, 443 funcionários de serviços terceirizados e 342 alunos oriundos da graduação, residências, mestrado e doutorado. Em 2013, o Hospital contava com 149 docentes, 1146 funcionários de apoio, 577 funcionários terceirizados e 1283 alunos de graduação e pós-graduação.

Dos 1146 funcionários de apoio, 14,6% são médicos, 16,6% são Enfermeiros, 23% são técnicos de Enfermagem e 0,3% são assistentes sociais. Desse modo, empreende-se que o HUSM, enquanto HE vem consolidando seu papel de formador, pois quase quadruplicou as oportunidades de formação em saúde. Em que pese esta realidade o número de docentes e funcionários de apoio diminuíram o que compromete a assistência ao usuário, limita e precariza a formação de estagiários, residente e mestrandos que passam a ficar sem as supervisões necessárias, da mesma forma que sobrecarrega o docente ou técnico de apoio que além de dar conta do trabalho que lhe compete, absorve um grande número de estagiários e pós-graduandos.

Os acadêmicos e profissionais que desenvolvem suas graduações e pós-graduação no contexto da saúde pública são provenientes das diferentes áreas do conhecimento. Sendo em sua maioria do curso de Medicina, cujas práticas são concebidas no interior dos HE, seguidos da Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

É diante desta realidade, de dados e de estrutura física e de pessoal, que o HUSM enquanto HE atem-se ao compromisso e ao desafio de ser a referência no atendimento complexo de saúde, para 42 municípios da região central do RS, bem como na formação de jovens e adultos do Brasil e Exterior. Para tanto, organiza sua estrutura hospitalar – vide organograma abaixo - em torno de 4 divisões, conforme o organograma abaixo, que compreende a gestão do cuidado, distribuída em 14 unidades assistenciais; Urgência/Emergência e Pronto-Socorro. E as divisões Médica, de Enfermagem e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, bem como 2 setores de Regulação, Avaliação e Vigilância em saúde.

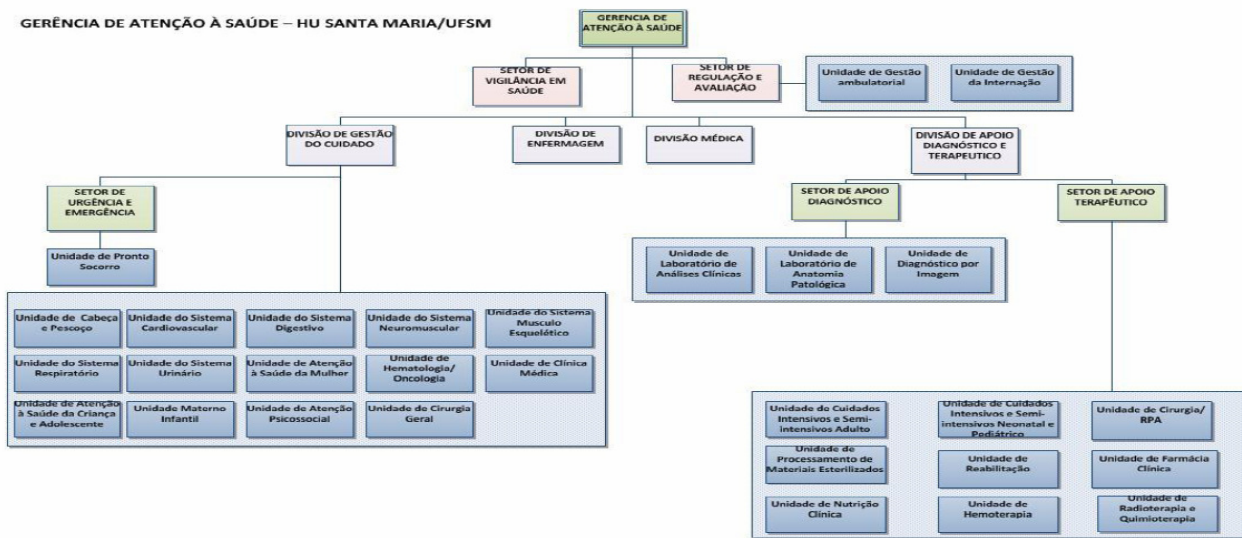


Figura 1: Estruturas de Gerência de Atenção à Saúde / FONTE: Dimensionamento assistencial HUSM - EBSERH, 2013.

As divisões servem não somente para conhecer os aspectos organizacionais do hospital, mas a pensar o fluxo dos usuários ao acessarem a alta complexidade. Percebe-se que o pronto socorro na maioria dos casos é a porta de entrada, onde a demanda costuma ser espontânea ou oriunda da urgência/emergência.

O entendimento que se tem a respeito da demanda espontânea é que ela ocorre quando o usuário acessa um serviço por vontade própria. No entanto, a questão que merece ser refletida é: por que essas demandas recaem na alta complexidade se muitas delas poderiam ser atendidas na atenção primária? Podemos empreender de várias formas, a começar pela falta de orientação sobre o papel das Estratégias de Saúde da Família (ESF), a necessidade de um atendimento de urgência, por opção do usuário ou talvez o mais importante e preocupante dos motivos, o descrédito com a saúde pública, principalmente com a AP, gerando assim uma demanda reprimida.

Tal demanda, segundo Vidal (2006) aponta para a insuficiência dos serviços, das ações, principalmente por parte do Estado, que não garante o acesso a toda população, não concede recursos suficientes e não oferece condições de trabalho, fazendo com que a população desacredite no posto de saúde do território, passando a recorrer a prontos-socorros, superlotando-os e alimentando a insatisfação perante a demora no atendimento.

O aumento no número de consultas ambulatoriais, exames e internações realizadas de 2008⁴⁷ a 2013 no HUSM, podem estar intrinsecamente ligados a essa (invisível) demanda reprimida, ou ainda estar associadas, segundo Mendes (2010) ao incremento das condições crônicas e demais doenças infecciosas parasitárias ou de cunho reprodutivo.

Ainda que estudos epidemiológicos, como o de Mendes (2010) comprovem o incremento das doenças crônicas e agudas e as coloquem como um dos motivos pela busca e aumento dos atendimentos. A experiência vivenciada no HUSM permitiu compreender que a contradição que permeia o sistema fragmentado de saúde também tem contribuído para tal crescimento, de modo que a negação de um direito social, a saúde, diante da inoperância e alcance dos planos de saúde é reforçada pela lógica do “jeitinho brasileiro”.

Isso pressupõe a negação, pois, os usuários, muitas vezes, com a intenção de aligeirar a realização de um exame ou biópsia, por exemplo, acessam o sistema privado de saúde, subtraindo onerosos gastos. O “jeitinho brasileiro”, como apresenta Da Matta (1986), característico da identidade socio-histórica brasileira de driblar as leis, comumente percebido na prática médica ao “encaixarem” pacientes do consultório particular no sistema público, desconsiderando a existência de uma lista de espera que cresce em função do aumento das doenças agudas e crônicas.

Atuar no enfrentamento destas questões, que suscitam um comprometimento ético, moral e profissional, sobretudo na assistência, planejamento e gestão da política pública de saúde, requerem mudanças, no cuidado e na formação em saúde, vislumbradas com a criação dos programas de pós-graduação oriundos da PNEPS, tais como a Residência Médica e multiprofissional, que em números, recentemente publicados no folder denominado “HUSM em sua dimensão 2013”, totalizam um corpo profissional de 190 médicos e 65 profissionais de diferentes áreas do conhecimento, divididos em 36 grupos de especialidades médicas e 4 áreas de concentração multiprofissional distribuídos entre as estruturas organizacionais da Gerência de Atenção à Saúde do HUSM, representadas pela figura 1.

Contudo, ao retomar estas estruturas, opta-se por apresentar a divisão de gestão do cuidado e o setor de cuidado terapêutico, pelo simples fato de que possuem em seu âmago

⁴⁷ Na seção histórico, no site do HUSM, consta que em 2008 foram realizadas 10.371 internações, 128.094 consultas ambulatoriais e 730.118 exames. Esse número, no ano de 2012, segundo os indicadores publicados pelo HUSM, no folder intitulado “HUSM EM SUA DIMENSÃO” não chegou a duplicar, mas evidenciam uma constante de crescimento. Foram apontadas 13.017 internações, 150.669 consultas ambulatoriais e 1.062.060 exames realizados.

serviços importante para o trato da pessoa com Câncer, tais como: a Unidade de Hematologia/Oncologia representado pelo setor de Serviço Social, o Serviço de Radioterapia, o Ambulatório de Quimioterapia e o Centro de Tratamento da Criança com Câncer (CTCRIAC); além de terem se perpetuado como espaços de qualificação profissional, formação e palco das práticas do programa PET-Saúde.

Devido a essa composição, o HUSM é certificado e redefinido pelo MS por meio da Portaria nº 140 de 27 de Fevereiro de 2014, como uma UNACON, por ter uma estrutura física, técnica e tecnológica capaz de acolher as demandas dos cânceres mais prevalentes no Brasil e por possuir serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica.

3.2 A formação acadêmica no PET - Redes de Atenção à Saúde

O PET-Saúde, instituído pela Portaria interministerial nº 421/2010 promove “a integração ensino-serviço-comunidade, envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde para o desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde” (BRASIL, 2012, p.17) e vem se consolidando e sendo requisitado pelas Instituições de Ensino. Dado que se ratifica com base na ampliação dos grupos, número de bolsas concedidas e participantes envolvidos nas ações estratégicas do SUS, conforme o quadro abaixo:

	Nº de projetos selecionados	Nº de Grupos PET-SAÚDE	Bolsa/Mês	Nº cursos participantes
PET-Saúde/SF 2010/2011 Edital nº 18/2009	111	484	9.267	545
PET- Saúde/VS 2010/2011 Edital nº 7/2010	70	145	1.595	298
PET-Saúde/SM 2011 Edital nº 27/2010	69	80	1.280	338
	250	709	12.071	Cursos de uma mesma IES podem estar envolvidos em diferentes projetos

FIGURA 2: Abrangência Nacional do Programa PET-Saúde/ FONTE: Cartilha SGTES, 2012.

O número de projetos apoiados em 2012 pela SGTES somavam 334, subdivididos em diversos eixos, como na Estratégia de Saúde da Família e Vigilância em Saúde. No âmbito da

UFSM, esses projetos são coordenados pelo Centro de Ciências da Saúde (CCS) tendo como eixos os já citados e outros, como Urgência e Emergência, e o recente programa PET com ênfase nas RAS, cujas perspectivas suscitam o fortalecimento das redes e as necessidades de um olhar voltado para a violência - seja ela institucional, contra ao idoso, criança e adolescente, suicídios e notificações compulsórias, Saúde Mental. Considerando o sofrimento psíquico decorrente do uso de Substâncias Psicoativas, e a Saúde da Mulher no trato das doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, basicamente o Câncer de Mama e Colo do Útero e a Sífilis Congênita, aborda-se também questões atinentes ao pré-natal.

Segundo a Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010, que institui o PET – Saúde, as atividades de ensino, pesquisa e extensão programadas pelo tutor e preceptor, bem como a elaboração, apresentação e publicação de trabalhos acadêmicos em eventos de natureza científica que fazem menção as atividades vivenciadas no PET constituem-se em atribuições e exigências do programas aos bolsistas.

As práticas do PET são conduzidas a partir da interlocução entre a interdisciplinaridade e a intersectorialidade, com o fim último a integralidade como efetivação do direito social à saúde.

A interdisciplinaridade, para Camargo e Bellini (2014), é uma construção coletiva, na qual são compartilhados saberes e práticas entre as diferentes áreas do conhecimento⁴⁸. Na proposta do PET- RAS – subgrupo Câncer de Mama e Colo do Útero - se constrói desde a sua composição, com uma equipe formada por acadêmicos e profissionais da Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Farmácia e Fisioterapia e se fortalece ao longo das atividades com o trabalho e com as atividades que emergem do subgrupo.

A troca de saberes entre os acadêmicos, preceptores e os usuários, ocorre numa relação em que ambos se beneficiam, pois de um lado, o acadêmico absorve conhecimento a partir de determinada realidade, entrelaça com a teoria e o transforma em intervenções críticas e propositivas, o preceptor assume um papel de educador agente-paciente, no qual conduz o acadêmico em sua práxis, e é também convidado a refletir junto do seu supervisionado e o

⁴⁸ O entendimento a cerca da integralidade, expressa por Camargo e Bellini (2014), foi extraído do artigo intitulado “THE TRIPOD GUIDING OF ATTENTION IN THE NATIONAL HEALTHCARE SERVICE (SUS) IN BRAZIL: INTEGRALITY, INTERDISCIPLINARY AND INTERSECTORIALITY” publicado pelo Instituto de Política Social – Documentos de Política Social. Historia , investigación y Desarrollo Social, de Murcia - Espanha. “...presupposes the collective articulation seeking to break with the fragmentation of knowledge and practices. Through intersectoriality, it becomes possible to establish shared links between healthcare services and the set of public policies and/or social factors that contribute to the accomplishment of the social right to healthcare”.

usuário que recebe uma atenção integral, tem suas demandas acolhidas, e direcionadas aos serviços e demais políticas que se unem – a intersetorialidade – a fim de contribuir para a consolidação dos direitos sociais, sobretudo à saúde, e todos os que perpassarem e interferirem no bem-estar físico e mental preconizado pelo conceito ampliado de saúde.

O subgrupo Câncer de Mama e Colo do Útero desenvolveu efetivamente suas atividades de vivências em diferentes pontos de atenção à saúde, sendo estes o HUSM, ESF, UBS, Centro de Referência da Saúde da Mulher do Município de Santa Maria, Secretaria Municipal de Saúde e Pronto Atendimento da Tancredo Neves.

As atividades são supervisionadas por 01 assistente social, 01 farmacêutico, 01 médica e 05 Enfermeiros. Entre as principais ações estavam as reuniões de equipe, que serviam para discutir o andamento da pesquisa, socializar as vivências e dividir as atividades entre os bolsistas; a coleta de dados da pesquisa; a construção de um artigo e resumos para eventos de iniciação científica como Jornada Acadêmica Integrada (JAI) da UFSM e Semana Científica do HUSM; participação em campanhas de educação em saúde – Outubro Rosa e Novembro Azul, as vivências nos serviços de saúde citados primando o diálogo com as usuárias, os seminários e os grupos de estudos, que contribuíram para apreensão teórica da temática das RAS, LOS, PNH, do Câncer, em especial do câncer de mama e colo do útero, bem como os protocolos de controle, quimioterápicos, direito do usuário do SUS e da pessoa com câncer.

Além destas atividades realizadas pelo bolsista, ressaltam-se as intervenções junto ao assistente social e com a Residência Multiprofissional da Hemato-oncologia, nas discussões de casos complexos, na formulação dos PTS (Projeto Terapêutico singular) da linha oncológica pediátrica, grupo de orientação aos familiares e usuários internados, os quais eram trabalhados os direitos do paciente com câncer, os cuidados com a alimentação e a higienização de alimentos, os efeitos colaterais dos quimioterápicos e medicações complementares, métodos de reabilitação/conservação de energia e relações familiares e afetivas, e organização das campanhas de conscientização no HUSM, como Outubro Rosa – alusiva ao Câncer de Mama.

Os grupos para familiares de usuários internados são visualizados como competência do assistente social, haja vista que este presta a orientação social para indivíduos e grupos identificando demandas a serem atendidas, proporcionando o acesso à informação sobre saúde e a garantia dos direitos sociais.

A participação na formulação do PTS e o contato interdisciplinar com a Residência contribuíram para repensar a prática profissional e o quanto, por vezes, afasta-se de uma abordagem conservadora e pragmática na medida em que as diferentes áreas olham coletivamente para um usuário, dando a ele uma condição de sujeito em sua totalidade.

O primeiro contato com os outros núcleos profissionais, principalmente com a Medicina e Terapia Ocupacional, são marcados por estranheza e afinidades respectivamente. Estranheza, pois a medicina tem um perfil que é historicamente hegemônico e verticalizado o que dificulta a construção do diálogo e a compreensão do conceito de saúde, que também se faz com a viabilização de um direito social e com o acesso as demais políticas públicas. Essa dificuldade é histórica e se perpetua ainda hoje nas grades curriculares, uma vez que privilegia as práticas clínicas em detrimento das experiências interdisciplinares e comunitárias.

As relações de proximidade e afinidade ocorreram com a área da Terapia Ocupacional, pois em muitos momentos vislumbrou-se a visão de homem e de mundo presente em suas intervenções e orientações. É uma área, que do ponto de vista da experiência do PET tem dialogado com o Serviço Social, uma vez que entende que as limitações aos quais são solicitados a intervir podem ser amenizadas, por exemplo, com o acesso aos direitos.

Independente da relação que se estabeleceu, de estranhamento ou proximidade, com os outros núcleos profissionais, o respeito pelo profissional e por seus princípios éticos – conforme Art. 10 do Código de ética do assistente social – sempre se manteve presente nas vivências, discussões e reuniões de equipe.

Dialogar com as diferentes áreas de conhecimento, por vezes, tem as suas limitações, exige ética, vontade de aprender e respeito pelo outro e por suas ideologias, mas conhecer um pouco de cada área e se apropriar de conceitos e nomenclaturas técnicas que derivam de cada profissão é fundamental para o trabalho interdisciplinar, e essencialmente facilitador frente ao atendimento de um usuário com baixo grau de instrução, que desconhece alguns processos realizados por ele ou não, durante o tratamento ou que vive um processo de negação de sua doença.

A experiência com a construção de trabalhos científicos foi marcada por divergências entre as diferentes áreas, principalmente no que se refere aos aspectos conceituais da integralidade, um princípio do SUS organicamente idealizado pela LOS.

O Serviço Social por sua vez, ao adotar as categorias oriundas do método dialético-crítico que permitem o desvelamento da realidade, tende a visualizar a integralidade como um sinônimo da categoria totalidade, uma visão geral da realidade social do indivíduo e não um olhar focalizado para um problema, uma integralidade ampliada conforme Cecílio (2007) e Nogueira e Mioto (2010). A discordância apresentada, e sustentada a partir da literatura do Serviço Social, se deu na arbitrariedade do entendimento reducionista e focalizado dado a integralidade.

A participação na pesquisa, dentro do PET, também tem proporcionado à construção de novos conhecimentos que servirão de aporte teórico tanto para o Serviço Social quanto para as outras áreas da saúde, bem como o fortalecimento ético-político e a qualificação da prática profissional a partir de uma realidade, como no caso da saúde da mulher no Município de Santa Maria - em especialmente a do Câncer de Mama e Colo do Útero, Sífilis Congênita e Pré-natal – e dos serviços disponíveis de atenção à saúde desta população, a questões sociais que influenciam na não realização do pré-natal, as dificuldades no acesso aos serviços diagnósticos de detecção dos casos de câncer e Doenças Sexualmente Transmissíveis, como a Sífilis em mulheres e no recém-nascido (congênita).

Com o projeto de pesquisa intitulado “Os Desafios na assistência à saúde da mulher: fatores que interferem nas ações de prevenção para a saúde da mulher e do recém-nascido”, os acadêmicos tem trabalhado com os indicadores de saúde oriundos dos sistemas de notificações compulsórias, tais como: SISMAMA (Sistema de Informação do Câncer de Mama), SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer de Colo), SINAN (Sistema Nacional de Agravos Notificáveis) E O SINASC (Sistema de Notificação de Nascidos Vivos).

Sendo assim, o trabalho com a pesquisa permitiu ao acadêmico manusear e coletar dados em prontuários, no HUSM e no Centro de Referência em Saúde da Mulher do Município, alimentar banco de dados, acessar dados no sistema interno do hospital, criar adendos e novos questionários de pesquisa, Geoespacializar as regiões administrativas com maior incidência dos casos apresentados e realizar visitas domiciliares para aplicação de questionários a fim de verificar os motivos da não realização do pré-natal e a situação de segmento das mulheres com lesões precursoras de útero diagnosticadas e alterações rastreadas na mama, bem como a continuidade do tratamento de mulheres e crianças diagnosticadas com Sífilis Congênita e a evolução destes casos (óbito, sequela ou boa evolução).

A avaliação que se faz a respeito das situações vivenciadas, denota primeiramente o acúmulo de conhecimento adquirido com a pesquisa e a oportunidade de construir uma intervenção qualificada e propositiva, pois os aspectos frágeis evidenciaram a questão social através da falta de acesso aos serviços de saúde, do uso de drogas, de comportamentos sexuais de riscos, com a descaracterização da importância da prevenção e acompanhamento médico, deficiências nos processos de trabalho, como a não realização da referência e contra-referência, em que mulheres descobriram ser portadoras de doenças sexualmente transmissíveis, como a Sífilis, no momento do parto, mediante testes rápidos não-treponêmicos (VDRL). Estas recebiam as medicações durante o período de internação e, após a alta, seguiam sem serem referenciadas para as UBS ou ESF de seus territórios, contribuindo para o surgimento de uma demanda oculta dentro de um território coberto, sem continuidade de tratamento e a mercê de riscos e agravos.

A participação nas discussões de casos clínicos e construção de PTS no CTCRIAC constituíram-se em experiências importantes não somente para os usuários, como também para o acadêmico e outros profissionais em formação, pois demandava conhecimentos prévios, tanto teórico quanto prático e a possibilidade de romper com práticas imediatistas e tecnicistas, que possivelmente só iria estabelecer uma proximidade com esta ferramenta na pós-graduação.

Por vezes, o conteúdo apresentado em sala de aula não é suficiente para dar conta de uma realidade. Nesse sentido, as reuniões do PTS contribuíram para a compreensão das práticas interdisciplinares e a intersetoriais em saúde, pois pressupõe “propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar...” (BRASIL, 2009, p.39).

O PTS acontece no formato de discussões de casos, geralmente complexos, que suscitam a conformação de uma “prática consciente” (VASCONCELOS, 2011) e coletiva, que supere as ações profissionais isoladas e conservadoras e objetive resultados e a superação da realidade presente dos sujeitos sociais.

As discussões do PTS, da linha da Hemato-oncologia, aconteciam semanalmente, e cada profissional – Enfermeiro, educador, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico, fonoaudiólogo e nutricionista – apresentavam para o coletivo, informações sobre os atendimentos realizados ao usuário participante do PTS, bem como

posturas a serem adotadas, e intervenções junto aos serviços da rede de atendimento do Município e políticas públicas.

Dentro dessa lógica de formação, em que participam os preceptores da Residência Multiprofissional da linha da Hemato-Oncologia - inclusive o assistente social – os Residentes (R2), da acadêmica de Serviço Social do PET-RAS. Alguns resultados importantes que qualifica o trabalho e a formação podem ser visualizados, tanto para o usuário quanto para o acadêmico e profissionais em formação. Exemplos disso são: a ruptura com a condição de paciente do usuário, para sujeito, percebendo suas fragilidades, mas também potencialidades, de modo a garantir autonomia sobre as condutas clínicas e sociais.

Construir esse olhar sobre o usuário é produzir impactos e mudanças nas rotinas das unidades de saúde, fortalecer suas atribuições e competências profissionais, o projeto ético-político, a humanização das relações sociais e a ampliação da cidadania por meio da participação nas decisões sobre saúde e na viabilização do acesso aos direitos sociais.

A criação do projeto de pesquisa-ação, cujo objetivo é qualificar a assistência que vem sendo prestada aos pacientes em terminalidade (pré-morte imediata) ou sem possibilidade de cura (paliativo) e criar parcerias com os serviços de atenção psicossocial do Município, com vistas a garantir o atendimento psicológico dos familiares após óbito, demonstra a propositividade do PTS e a preocupação com demandas percebidas pelo coletivo.

Foram vivenciados alguns processos de trabalho do assistente social, em torno de um “objeto sobre o qual incide a ação, meios ou instrumentos que potenciem a ação do sujeito sobre o objeto” (IAMAMOTO, 2012, p.61) e que tenham por fim último um produto impulsionado por um processo de mudanças. Acompanhou-se intervenções junto ao Conselho Tutelar, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), Casas de Amparo à Pessoa com Câncer, Farmácia Estadual (4º CRS), Secretaria de Assistência Social nos casos de óbito de usuários oriundos de outros Municípios, entrevista com familiares nos casos de Transplante de Medula Óssea.

A articulação com o Conselho Tutelar ocorreu com o intuito de proteger e garantir a assistência adequada, diante da incompreensão familiar de uma adolescente em tratamento, sobre a gravidade da doença e a necessidade de um tratamento correto para uma doença rara, mas ainda com possibilidades de cura.

As Casas de Amparo são importantes mecanismos que auxiliam no tratamento de pacientes oncológicos, pois oferecem hospedagem e apoio nutricional, fraldas e medicamentos

aos usuários oriundos de outros Municípios. Comumente o assistente social encaminha os usuários a estas instituições, enquanto realiza a mediação do Tratamento Fora do Domicílio⁴⁹ (TFD).

Os grupos de orientação semanais voltados aos familiares e pacientes internados, ocorreram na sala de recreação do CTCRIAC, um lugar estratégico voltado para o lazer dos pacientes internados e seus familiares. A metodologia utilizada nos grupos era construída a partir de dinâmicas e jogos, ambos com o apoio de folders informativos. Tinham como temática: o cuidado e a higienização de alimentos, frutas e verduras conduzidos pela Nutricionista, reabilitação e conservação de energia com a Terapeuta Ocupacional, os direitos do paciente com câncer com a assistente social e as intercorrências medicamentosas com a Farmacêutica.

Como atividades do PET-RAS destaca-se a participação nas campanhas de conscientização, prevenção e detecção precoce ao câncer de Mama e de Próstata, nacionalmente conhecidas como Outubro Rosa e Novembro Azul, mediante participação das ações de panfletagem, realizada em locais estratégicos na UFSM e com grande circulação de estudantes, nas palestras, oficinas e ação social no centro da cidade de Santa Maria.

A formação adquirida com a participação nos processos de trabalho do assistente social e demais atividades vivenciadas contribuíram para o desenvolvimento de uma aprendizagem significativa que, segundo Vargas e Bellini (2012), ocorre quando se tem necessidade de responder questionamentos reais, da realidade cotidiana, ou quando se constrói novos conhecimentos a partir do diálogo, troca de saberes e conhecimento com outros profissionais, no caso do PTS, e com os usuários.

Para o incremento de habilidades parte da competência técnico-operativa, a qual o profissional “precisa conhecer, se apropriar, e [...] criar habilidades técnicas que permitam ao mesmo desenvolver as ações [...] junto à população usuária” (SOUSA, 2008, p.122) tais como: capacidade criativa para o planejamento e organização das campanhas de educação em saúde, articulação com as outras áreas e serviços, utilização de ferramentas nas triagens de possíveis doadores de medula óssea, conhecimento sobre benefícios eventuais nos casos dos óbitos, rede de

⁴⁹ O TFD regulamentado pela Portaria SAS nº 055 de 24 de fevereiro de 1999 dispõe sobre a garantia e o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais em outro município, ou ainda, ou de um estado para outro. O benefício corresponde a garantia de transporte para tratamento e hospedagem, e dependendo da gravidade e/ou indicação médica o acompanhante também terá suas despesas custeadas.

atendimento à pessoa com Câncer, tramites burocráticos para a solicitação de medicamentos disponibilizam pela Secretaria de Saúde do Estado e os de cunho judicial.

3.3 Formação e atuação do Serviço Social com mulheres em tratamento Onco-ginecológico: alguns dados

O predomínio de doenças crônicas, como o câncer, e as respostas incoerentes dos sistemas de saúde “fragmentados e voltados, principalmente, para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas” (MENDES, 2010, p. 297) têm suscitado a contribuição e formulação de sistemas integrados, políticas, programa e projetos por parte do Estado, serviços e profissionais de saúde frente a estas questões. Uma dessas iniciativas, aposta na formação profissional em saúde que tem motivado estudantes e profissionais da saúde a qualificar suas práticas e intervenções na saúde pública.

As práticas pressupõem uma construção coletiva, ou seja, interdisciplinar, nas quais uma heterogeneidade de saberes, entre eles o de assistente social, incute sobre o cotidiano dos serviços de saúde e sobre as necessidades dos indivíduos diante de uma perspectiva corresponsável e emancipatória. Isso, de certa forma, se buscou ao criar ações de pesquisa e extensão junto às mulheres com Câncer de Mama e Colo do Útero no fluxo da RAS, estimulando os estudantes a construir vivências e socializar experiências como esta apresentada.

No contexto do Câncer, no campo dos direitos sociais e da pessoa com câncer, as ações de promoção, prevenção e educação em saúde constituem-se em espaços de trabalho para o assistente social, no qual é cotidianamente chamado a intervir nas manifestações da questão social, sendo essa expressa pelas desigualdades sociais e contradições oriundas do conflito entre capital e trabalho.

As desigualdades que hoje refletem na sociedade brasileira como infortúnios⁵⁰, não necessariamente de ordem econômica, ganham visibilidade com o aumento da violência, com a falta de moradia, com as dificuldades de acesso à saúde, com o desemprego, com a pobreza, com a precarização da educação, com a violação de direitos, com o uso de drogas e tantas outras que surgem. Diante disso, o assistente social precisa estar preparado para atuar nestas manifestações que incidem sobre os sujeitos que a ela resistem e se opõem.

⁵⁰ Os indivíduos experimentam as desigualdades sociais não somente através da ausência ou precário acesso à renda, mas também as vivenciam através da fragilização dos vínculos familiares e comunitários, identidades estigmatizadas (raça, credo e opção sexual), deficiência física, no trabalho (formal ou informal), na violência, diante das drogas, de doenças e no acesso às políticas públicas.

Nesta experiência, observa-se que os programas de educação permanente, o PET-RAS e a RMI, se constituem como mecanismos de reversão de um sistema reforçava as desigualdades sociais, onde por vezes, não proporcionava o acesso universal aos usuários da saúde.

Para Lewgoy (2010) pensar a formação profissional na atualidade suscita um debate sobre as concepções educação/trabalho, tendo em vista que as transformações contemporâneas têm solicitado ao assistente social ser um profissional polivalente, crítico, propositivo, criativo, curioso e que saiba transmitir, escutar e tenha sensibilidade para trabalhar com o outro.

Diante desse perfil, Vasconcelos (2011) afirma que o assistente social é um dos principais articuladores de uma equipe multiprofissional, isso se deve as competências políticas, teórica, técnica e ética que envolve o processo de formação desde a graduação, e são revistos mediante capacitação permanente. No HUSM, o Serviço Social tem um perfil reconhecido diante de um profissional pró-ativo, conhecedor do seu papel, fortalecido dentro do núcleo profissional, que articular os saberes com as discussões de casos, participação em grupos de trabalho, preceptorias e tutorias.

Tais competências, de ordem teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa e que orientam a intencionalidade da intervenção do assistente social diante das expressões da questão social, recebem uma orientação à luz de uma teoria social crítica que constrói olhares diagnósticos sobre a complexidade da trama social.

Constituída de categorias – historicidade, totalidade e contradição - e subcategorias – cotidiano, trabalho, imediaticidade, formação profissional, etc - que orientam a leitura sobre os movimentos contraditórios da sociedade a partir de uma visão de homem e de mundo, faz com que o assistente social intervenha não somente na realidade social das pessoas, mas sobre a realidade ao qual estão inseridas, empoderando-os ou transformando suas condições de vida.

As dimensões do conhecimento, constitutivas da formação e do exercício profissional, são indissociáveis e atentam para determinadas finalidades. Tais desígnios, segundo Lewgoy (2010), são vistos, na dimensão ético-política através da ação e do pensamento crítico, sustentados por um projeto profissional⁵¹ cujas referências legais do Código de Ética⁵², Lei de Regulamentação

⁵¹ O projeto profissional a que faço menção é o ético-político do Serviço Social, no qual Netto (2010, p.4) afirma ser construídos por sujeitos coletivos e organizados, como no caso do Brasil que “compreende o sistema CFESS/CRESS, a ABEPSS, a ENESSO, os sindicatos e as demais associações de assistentes sociais”

⁵² O Código de Ética Profissional, instituído pela resolução nº 273/93, é uma conquista política da categoria profissional. Partilha de princípios fundamentais que se desdobram nos direitos e deveres do assistente social junto

da Profissão⁵³ e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, conduzem a reflexão e a criação de estratégias para que intencionalidade almejada seja alcançada.

A dimensão ético-política percebida na experiência junto com o assistente social e com a equipe interdisciplinar das usuárias com Câncer de Mama e Útero, se debruça sobre as dificuldades diárias de materializar o código de ética profissional e o projeto ético-político, pois, por vezes, os interesses de alguns profissionais podem se sobrepor aos direitos dos usuários e sobre as intervenções prospectadas pela equipe multiprofissional.

As correlações de forças existentes em alguns momentos no cotidiano de trabalho do assistente social colocam em conflito o projeto profissional do Serviço Social e o interesse de outras áreas ou até mesmo da instituição. Nesse sentido, foi elaborado pelos residentes da Hemato-oncologia juntamente com seus preceptores o projeto de criação do Ambulatório de Acolhimento para os pacientes adultos com Câncer, que seriam atendidos por dois profissionais de diferentes áreas antes da consulta médica. Porém, como o modelo biomédico ainda é muito forte na linha de cuidado, a proposta não foi aceita, o que reforça a fragmentação e a individualização da atenção do cuidado.

Oliveira (2010) chama atenção para os princípios fundamentais do Código de ética profissional, os quais são constantemente negligenciados e/ou violados. Estes princípios tecem o reconhecimento à autonomia e à emancipação como fundamentais para a expansão dos indivíduos, a defesa dos direitos humanos de modo eliminar as formas de preconceito de gênero, etnia, classe social, religião, orientação sexual, etc, ampliação e consolidação da cidadania, a pluralidade de correntes teóricas e movimentos de outras categorias e a opção pela qualidade dos serviços prestados e por um projeto que ambicione a construção de uma nova ordem societária sem dominação e exploração de classes.

No contexto dos serviços de atenção à saúde da pessoa com Câncer no HUSM, o assistente social se depara com problemas que, na maioria das vezes, estão naturalizados no interior dos serviços e que no fundo destoam dos preceitos do código de ética. Cabem aos profissionais reunirem todo saber e conhecimento para construir práticas coletivas que

dos órgãos de representação da categoria, dos usuários, das instituições empregadoras, com as outras profissões e com o judiciário.

⁵³ A Lei nº 8.662/93 reconhece o exercício da profissão de assistente social e estabelece suas atribuições e competências profissionais.

compartilhem dos princípios fundamentais deste código e incentivem a construção de um modelo biopsicosocial.

Como garantir a liberdade como valor ético central, visando à autonomia e emancipação dos indivíduos se, por vezes, os próprios profissionais possuem dificuldades de compreender a usuária que desiste de um tratamento em função da sua opção religiosa, ou que opta por viver o tempo que lhe resta sem as restrições e intercorrências de um tratamento quimioterápico.

Um caso vivenciado no PET não traz à tona a recusa de um tratamento por convicção religiosa, mas denota uma interpretação religiosa que levou a usuária entender que o cancelamento da consulta, momento em que seria informado o processo terapêutico, era um sinal divino para a sua não realização. A autonomia do usuário é respeitada, mesmo que suas escolhas estejam pautadas em valores e crenças contrárias a da equipe que administra o cuidado e não esteja violando o próprio direito à vida. Conduz-se a necessidade de informar o usuário sobre as consequências do não tratamento. Tal experiência possibilitou o desenvolvimento da sensibilidade, habilidades desde a formação da graduação e o exercício sobre os aspectos éticos da profissão.

O modo como o profissional vai agir diante destas situações exige conhecimento, que se adquire na prática e que se renova na busca constante pela formação permanente, sobre regulamentações. Nesse caso a CF de 1988, LOS e Portaria nº 1.820/09, que apontam para essa recusa, levando em conta a adaptação terapêutica de acordo com os valores e limites dos usuários.

Possibilitar a defesa intransigente dos direitos humanos exige que o profissional se posicione contrário ao arbítrio e do autoritarismo, pois estes podem transformar direitos em não direitos, o que favorece, por exemplo, a omissão ou transmissão de informações sobre as condições de saúde e hipóteses prognósticas e terapêuticas de maneira concisa e/ou técnica.

Em meio a estas (des)informações, as bolsistas em suas atividades de vivências perceberam a complexidade da situação quando se depararam com uma usuária idosa, tratando Câncer de Mama com Quimioterapia e Radioterapia concomitante, debilitada e fragilizada por conta da agressividade de ambos os tratamentos. Ao manusear o prontuário da usuária, as bolsistas perceberam que a conduta médica indicava que a idosa deveria fazer inicialmente a Quimioterapia e posteriormente a Radioterapia, justamente pela idade avançada e condições clínicas. A falta de comunicação e a não leitura correta do prontuário por parte dos profissionais

que administram e organizam os quimioterápicos e as sessões de Radioterapia podem vir a comprometer o estado de saúde dos usuários.

Os usuários, em sua maioria, traziam em suas falas a necessidade de saber mais sobre seu o tratamento. As bolsistas do PET, por terem como atribuições as vivências pautadas no diálogo e na troca de experiências com os usuários, acabavam sendo questionadas sobre as condutas que só um profissional médico poderia, através de sua capacidade técnica, responder.

Com o intuito de intervir sobre esta realidade, as bolsistas do PET-RAS no HUSM, elaboraram juntamente com a preceptora Enfermeira, do Ambulatório de Quimioterapia, a “Agenda da Mulher: acolhimento e acompanhamento”, um instrumento que reúne as informações buscadas pela maioria das usuárias, através dos questionamentos às bolsistas, a cerca do tratamento.

O acolhimento inicial realizado pela Enfermagem será feito por meio da agenda, o profissional se compromete em manusear o prontuário da usuária, haja vista sua proximidade e experiência com nomenclaturas técnicas da área da saúde, e transcrever dados sobre o número de sessões de quimioterapia, qual o tipo de tratamento, qual a medicação usada, as intercorrências, a equipe multiprofissional disponível, as atribuições de cada área e como esta pode contribuir na vida do usuário (a).

Se posicionar em favor da equidade e justiça social requer, por exemplo, de profissionais e acadêmico atenção, assim como nos casos de usuários(as) que possuem dificuldade em aderir o tratamento. É necessário compreendê-los (as) em sua totalidade, revisitando sua história de vida e os fenômenos (in)visíveis manifestos na questão social que obstaculizam o seguimento em saúde, tais como: a ausência de renda para o custeio de vale-transporte, moradia e alimentação, haja vista que a maioria das mulheres possuem seus domicílios em outros Municípios e vivem da agricultura e da criação de pequenos animais, não tem com quem deixar os filhos, é responsável pelo cuidado de familiares idosos ou com deficiência, tem um familiar ou esta envolvido com drogas lícitas e/ou ilícitas⁵⁴.

A situação vivenciada remete a um episódio no qual o assistente social foi solicitado a realizar um atendimento a uma usuária em tratamento para o Câncer Colo do útero, que segundo

⁵⁴ As drogas lícitas são aquelas que podem ser consumidas de maneira legal pela sociedade, exemplo: tabaco e álcool. As ilícitas compreendem as substâncias proibidas por lei, tais como: a maconha, cocaína, crack e seus derivados.

a Enfermeira que solicitou o atendimento, a usuária não costumava ficar até o final da sessão de Radioterapia e ia embora a pé, mesmo com todas as orientações de exposição ao sol e cuidados.

O CRAS da cidade da usuária foi contatado, deparou-se como uma situação de que esta ia embora mais cedo para buscar os filhos na escola, uma vez que no início do tratamento ela atrasou a busca dos filhos na escola devido a demora do transporte da Secretaria de Saúde de sua cidade e o conselho tutelar foi acionado pela escola das crianças e a usuária foi comunicada que poderia ter os filhos retirados de seu poder familiar se aquilo ocorresse novamente.

Essa observação ampliada da realidade socioeconômica foi percebida pelos *petianos* nas vivências e constitui o cenário da saúde pública perante as dificuldades encontradas pelos usuários e as possibilidades de uma intervenção compartilhada que permite desenvolver e qualificar os instrumentais técnico-operativos.

Percebe-se, portanto, que a não adesão ao tratamento remete “à falta de trabalho, salário, moradia, escola, condições de vida, igualdade social, garantia de direitos” (OLIVEIRA, 2010:741), ou seja, estão mais interligadas as desigualdades sociais e as vulnerabilidades que as acometem, do que propriamente não querer se tratar.

Eliminar todas as formas de preconceito, como aborda nos documentos que orientam a atividade profissional do serviço social e discutidas em sala de aula, requer não discriminar as usuárias que não possuem condições econômicas - responsáveis em permitir estar com roupa nova e limpa - por ter andado quilômetros para acessar um transporte ou levar os seus filhos na escola. Nesse mesmo sentido, por vezes, a identificação de um (a) usuário(a) pelo nome, enquanto sujeito de direito, e não pela doença, também são atitudes que ampliam a cidadania desses usuários da política de saúde.

Diante destas situações e do compromisso ético-político assumido enquanto categoria profissional orienta ações dos profissionais no sentido de romper com práticas conservadoras e preconceituosas, promovendo o bem estar e a emancipação do sujeito. O assistente social se apropria de conhecimento por meio das legislações, entre elas, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, mas também as específicas, como por exemplo, a Cartilha dos Direitos Sociais da Pessoa com Câncer, a Cartilha dos Direitos à Saúde da Mulher.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde reforçam os princípios do SUS visando o atendimento humanizado, de qualidade, respeitoso e sem discriminações. As demais legislações orientam sobre os Benefícios Previdenciários, Benefício de Prestação Continuada (BPC), Vale

Social, TFD, Saque de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Isenção de imposto de renda, IPVA, Cirurgias reparadoras para Mastectomizadas, pedido judicial de medicações e tantas outras leis que constantemente são implementadas a fim de minimizar ou dar outro sentido aos direitos já conquistados, mas que seguem sendo desrespeitados, cabendo ao assistente social estar sempre atento a estas contradições impressas na sociedade.

A dimensão teórico-metodológica, busca a apreensão do movimento dialético da sociedade, ou seja, para conhecer a história é necessário uma teoria e um método, como no caso do Serviço Social que utiliza a Teoria Social Crítica de Marx como método de investigação, compreensão das contradições e iluminação dos processos de trabalho do assistente social.

As ações e suas contradições vivenciadas nos serviços de atenção oncológica à mulher refletem sobre a quantidade e qualidade de direitos garantidos pelo Estado, e o quanto, por vezes, não se consegue ser resolutivo dado a insuficiência e/ou má condução dos recursos e serviços de saúde, tais como: a não ampliação das consultas e exames - o que faz com que se dirijam aos espaços privados para aligeirar o processo diagnóstico - a Lei dos 60 dias, na qual os serviços estão tendo dificuldades de garantir o início do tratamento no tempo estabelecido, a atenção não integral dada devido à fragilidade dos recursos humanos e das competências profissionais.

Outra dificuldade empreendida em garantir o período de 60 dias para início do tratamento do Câncer decorre das portas invisíveis que se originam no SUS. Estes acessos beneficiam os usuários do sistema privado de saúde, desviando o fluxo, alongando o tempo de espera das usuárias do sistema público de saúde e contrariando o princípio da equidade do SUS e da Política Nacional de Humanização.

Uma vez compartilhada as dimensões ético-política e teórica-metodológica, resta entrelaçar ambas com a dimensão técnico-operativa, que vai instrumentalizar a prática, de modo a responder as demandas oriundas da questão social que se configuram nos processos de trabalho do assistente social. Os instrumentais utilizados para dar vida ao saber fazer profissional, segundo Guerra (2000) vão além de uma visão reducionista de instrumentos, se comportam como técnicas, conceitos e habilidades derivadas do conhecimento teórico, ético e metodológico.

Para minimizar as refrações da questão social, o profissional precisa prestar uma escuta sensível, empática, construir relações, vínculos com as usuárias, e conhecê-los em sua totalidade, bem como se apresentar como uma pessoa em sua totalidade, com todo seu conhecimento, sensibilidade e capacidade para compreender as demandas que lhes são impressas para que sejam

respondidas da melhor forma possível. O usuário que vem de outra cidade as dificuldades são ampliadas, pois está diante de um diagnóstico de uma doença triste e agressiva, não possui mobilidade, pois não conhece a cidade e os serviços, também não possui recursos financeiros para custear com os gastos que encontra com alimentação, fraldas, medicações, complementos nutricionais, neste caso, quanto melhor e mais qualificado for o acolhimento ou atendimento prestado, menos dolorido será esse processo.

De acordo com Sodré (2014), a questão social é exógena à saúde. Esta análise decorre da ausência de um método e da falta de entendimento, por parte de alguns profissionais das diferentes áreas do saber, a cerca do conceito ampliado de saúde, uma vez que não identificam os aspectos sociais condicionantes e determinantes da saúde como expressões da questão social, mantendo-a como sinônimo da ausência de doenças.

No contexto de trabalho do assistente social da Hemato-oncologia do HUSM, as perspectiva sociais e materialistas são percebidas nos casos em que o usuário recebe alta médica - e por fatores endógenos e exógenos, necessita de cuidados especiais e de ambiente favorável de recuperação – o assistente social não concede a alta social, porque o usuário não tem família ou cuidador, ou ainda não possui renda suficiente para cobrir os gastos com medicamentos e despesas ou as condições de habitação são precárias.

Muitas vezes, o assistente social não é chamado para discutir a alta, o paciente retorna para seu local de origem, passa por uma série violações, permanece sem muitos cuidados e retorna depois de um tempo. Isso é mais agressivo ainda nos usuário em tratamento para o câncer, em especial o de Mama, pois se sabe que é uma das neoplasias cujo aumento desordenado das células ocorre de forma rápida, as intercorrências podem ser mais intensas e a situação de saúde mais agravada. Algumas mulheres descobrem o Câncer de Mama em um estágio fora das possibilidades de cura, ulceradas ou necrosadas.

Nos casos das mulheres com Câncer de Mama ou Colo do útero, observou-se que o assistente social utilizou de habilidades, técnicas e mediações para articular o encaminhamento do usuário para as casas de amparo da pessoa com Câncer, para hospitais de menor complexidade, para o serviço de internação domiciliar, até mesmo permanecer no hospital em que se deu todo o processo terapêutico até que nova estratégia pudesse ser traçada ou viabilizou objetos para garantir um melhor conforto ou cuidado, como fraldas, colchão piramidal para os usuários acamados, camas hospitalares, suplementos nutricionais.

A formação acadêmica, junto aos usuários da hemato-oncologia, tem possibilitado perceber que não deve-se avaliar as condições de saúde de um usuário apenas pelo aspecto orgânico das funções, mas através do equilíbrio entre as condições de saúde, sociais, econômicas e familiares e necessitam de saberes, mediações e instrumentais que explicitam esta real necessidade do indivíduo e principalmente que traga resultados sejam de conforto nos casos paliativos e de recuperação.

O fato do assistente social não ser chamado para discutir altas decorre, por vezes, da invisibilidade do produto de seu trabalho por parte dos profissionais, e principalmente da equipe médica, já que na maior parte, conforme Yamamoto (2012), este não pode ser quantificado, pois resulta em condições não materiais, mas sociais.

Em relação à alta das usuárias internadas, foram presenciadas inúmeras divergências entre o assistente social e a equipe médica. Em um destes, o posicionamento crítico do profissional resultou no cancelamento da alta médica da usuária, que aguardou no hospital o período necessário para a finalização do processo burocrático de acolhimento em uma casa de idosos para a manutenção do tratamento e cuidados paliativos⁵⁵, uma vez que essa não possuía familiares interessados em se responsabilizar pela atenção necessária. Entende-se que ficar no hospital, por mais tempo internado, não é o tratamento mais indicado, em muitos casos, lembrando que esse é um espaço em que a maioria dos usuários relutam em ficar em função de todas as condições que envolvem um tratamento de saúde invasivo, como é o caso das mulheres já mencionado. Porém, um ambiente em condições, fora do ambiente hospitalar, reforça a tese da reincidência.

Entre tantas fragilidades que acometem a vida dos usuários, em especial das mulheres, entre os mais visíveis está o rompimento dos vínculos familiares. Por vezes, quando o assistente social contatava, alguns familiares acabavam comparecendo para acompanhar nas consultas, quimioterapias e/ou radioterapias, mas quando exigia mais cuidados como os cuidados paliativos ou em terminalidade, geralmente se isentavam de responsabilidades, tendo o assistente social então que buscar mecanismos que atuassem no amparo destes usuários.

A capacidade de intervenção do assistente social vem de habilidades e instrumentais, nas quais foram percebidas a partir das discussões, diálogos, observação, investigações, no atendimento aos usuários, nos diferentes encaminhamentos para benefícios, casas de amparo,

⁵⁵ O cuidado paliativo é um tratamento de suporte e de conforto destinado a pacientes que estejam fora das possibilidades científicas de cura.

suplementos alimentares, documentações, defensoria pública, nas visitas aos leitos, no contato com judiciário nos casos das medicações, no contato com o conselho tutelar nos casos das usuárias que possuem filhos e precisassem passar por um período longo de internação, no contato com o INSS nos casos de indeferimento de benefícios, nas preceptorias de residentes e supervisões de estagiários.

As experiências vivenciadas pela acadêmica no Ambulatório de Quimioterapia e Serviço de Radioterapia foram fundamentais para o desvelamento da realidade do SUS, do agir profissional na saúde, do objeto de intervenção do assistente social e o modo como conduzir as demandas e objetivar intencionalidades.

Além disso, permitiu compartilhar experiências e saberes interdisciplinares, fortalecer o olhar crítico e investigativo, dialogar enquanto categoria profissional nas supervisões ou em conversas informais, estabelecer diálogos com as usuárias, conhecendo suas histórias marcadas por vulnerabilidades, predominantemente econômicas, sendo que a maioria são trabalhadoras informais ou autônomas, mães, responsáveis pelo sustento da casa, não contribuintes da Previdência Social, e com a doença provavelmente não poderá voltar a trabalhar. Algumas delas tiveram seus relacionamentos rompidos, outras tiveram os vínculos familiares fragilizados ou fortalecidos diante da presença da família.

Ao ingressar no contexto dos serviços de Quimioterapia e Radioterapia, os acadêmicos ao se mostrarem disponíveis a escuta, eram frequentemente questionados pelas usuárias sobre assuntos que diziam respeito ao processo terapêutico, o que demonstra que o usuário não é visto como co-responsável pelo seu tratamento e recuperação, uma vez que estas dúvidas traziam o desconhecimento da medicação usada, de quantos ciclos seriam necessários, e outras que iam ao encontro do Serviço Social, e que em partes foram sanadas pelo próprio *petiano* do Serviço Social através de orientações sobre auxílios e benefícios da Previdência Social, serviços disponíveis na Proteção Social Básica, Programa Bolsa Família e Conselho Tutelar. Os casos que necessitavam maior conhecimento eram repassados ao assistente social para serem acolhidas.

Com a Residência Multiprofissional, programa ao qual o PET-RAS vem estabelecendo proximidades e frentes de trabalho por ter em comum a mesma coordenação, a união dos esforços entre os assistentes sociais preceptores e os residentes tem contribuído no atendimento e resolutividade das demandas e na atenção integral ao usuário. Contudo, por serem serviços com bastante circulação de usuários, novos ou recidivados, algumas demandas ainda ficam

reprimidas, mas se estimuladas, como no caso do diálogo nas vivências com os petianos, se materializam em uma realidade concreta.

4 CONCLUSÃO

O processo social de mudanças na saúde não é recente no Brasil. Ele remonta à década de 1980 com os movimentos de força política visando a democratização do acesso e dos serviços de saúde. Democratização esta que culminou na criação de um sistema de saúde que desde sua gênese vive com as inconformidades de um sistema capitalista hegemônico e neoliberal, que reduz os direitos sociais, promove o sucateamento dos serviços públicos e a desobrigação do Estado perante suas responsabilidades.

A agenda de mudanças na saúde trouxe para o cenário brasileiro a organização dos Distritos Sanitários, a Política Nacional de Humanização (PNH), os sistemas integrados das Redes de Atenção à Saúde e os Programas de Educação Permanente, ambos visionando melhorias pra quem acessa e trabalha na saúde.

Desse modo, este trabalho buscou elucidar uma das faces deste processo de transformação da saúde, a da educação permanente interligando a experiência de extensão em uma UNACON com mulheres acometidas de Câncer de Mama e Colo do Útero a partir da inserção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- SAÚDE) no eixo estratégico das Redes de Atenção à Saúde.

A proposta de formação pela lógica do trabalho, explícita a necessidade de ressignificar as práticas e a assistência em saúde, imprimindo a busca pela equidade e integralidade, tanto nos processos de trabalho, na gestão e planejamento, quanto na construção de novos saberes e na melhora dos serviços, oxigenação dos espaços, etc.

Uma formação de qualidade é aquela em que não existe a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão, estrutura da qual os programas de educação permanente, sobretudo os PETs, foram gestados, justamente para garantir que novos perfis de profissionais fossem formados e barreiras curriculares, em especiais nos cursos da saúde a áreas afins fossem superadas.

Atualmente, existem programas, como os de educação permanente, estágio de vivências (VER-SUS) e projetos de extensão que permitem ao acadêmico sair do contexto da sala de aula

para vivenciar a complexidade de uma política pública, como a saúde. Nesses casos, as unidades de assistência em oncologia tornaram-se grandes palcos de aprendizado e os trabalhadores e usuários dos serviços grandes mestres e multiplicadores do conhecimento.

Perceber a questão social como fatores determinantes e condicionantes da saúde, realizar a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, reconhecer as necessidades dos usuários e poder nela intervir, contribuir para o fortalecimento do núcleo profissional, refletir sobre a prática profissional e sobre os instrumentais aplicados diante de cada intervenção demonstra o quanto as instituições de ensino e os cursos de graduação precisam estar empenhados para viabilizar mais programas e experiências teórico-práticas. Para isso é necessário que se tenha condições físicas, materiais, intelectuais e mais professores para que estes não sofram com a precarização do trabalho e os acadêmicos com uma formação de baixa qualidade.

Distanciar-se do “aulismo” requer o equilíbrio e a conjunção entre teoria e prática, bem como métodos inovadores de formação, como estes prospectados pelo PET-RAS, os quais suscitam o diálogo entre as diferentes áreas, vislumbrando a uniformização de grades curriculares, em que sejam reservados horários em comum para que as diferentes profissões possam desenvolver experiências multiprofissionais.

Garantir a permanência e a ampliação de espaços de trabalho e de formação para o assistente social na saúde implica conhecimento e clareza sobre o objeto de intervenção e sobre o projeto que orienta a profissão, desvencilhando-se do olhar anestesiado, preconceituoso e acrítico. Contudo, este exercício de apreensão deve ser mais estimulado na academia, seja através de disciplinas ou atividades complementares, de oficinas ou projetos de pesquisa e extensão.

A experiência no PET com as mulheres em tratamento para o câncer de mama e colo do útero corroborou para despertar um olhar sensível sobre os sujeitos acometidos pela doença, os quais devem ser vistos na totalidade de suas relações, na suas singularidades, condições sociais, culturais, anseios e expectativas.

Dessa forma, a experiência contribuiu para a formação porque permitiu construir novas práticas, a partir da reflexão sobre as velhas, ou seja, a todo o momento o acadêmico e o assistente social precisavam rever e reforçar suas concepções de valores, posturas, repensar o ambiente de trabalho tornando-o acolhedor e ético, pois estávamos diante de vidas, de sujeitos de direitos, de sofrimento e isso demandou um olhar e uma escuta sensível, uma leitura crítica, mais conhecimento, a construção e reconstrução de intervenções, estratégias, habilidades e técnicas.

O compromisso de coibir a exclusão social garantindo o acesso à saúde por meio de serviços de qualidade e atenção integral, criando programas sociais e formulando políticas públicas tem sido um grande desafio aos profissionais, em especial ao assistente social haja vista o papel fundamental na transformação da realidade, que acreditam nas potencialidades de um SUS constitucional que garante direitos e não que retira.

O SUS real é contraditório, se de um lado ele promove a descentralização da atenção e da gestão em saúde, por outro, por vezes, ele reforça a descrença da população sobre ele, diante da fragmentação do cuidado, da verticalização dos processos trabalho e do modelo biomédico que não empodera, não emancipa, tutela e retira dos usuários os poderes e responsabilidades de se perceber enquanto sujeito de direitos.

Neste cenário de avanços e retrocessos, reconhecer as deficiências e contribuir para a sua transformação, através da participação social, faz parte do direito do cidadão. Reconhecer o SUS que dá certo ainda é um desafio, pois esta percepção ainda está muito restrita a comunidade discente, docente e trabalhadores da saúde pública. O senso comum tencionado pelo projeto capitalista e disseminado por uma maioria esmagadora não permite ainda perceber tal avanço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro, 1996.

BARATA, Luiz Roberto Barradas. et al. Hospitais de ensino e o sistema Único de saúde. In. **Revista RAS**, Vol. 12, nº 46, 2010.

BEHRING. Elaine Rosseti. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Política de saúde no Brasil**. In: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. – 1. Ed – São Paulo: Cortez, 2013.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde/ 17 a 21 de Março de 1986**.

_____. **Constituição Federal** da República Federativa do Brasil de 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Os profissionais da saúde - **Resolução nº 218 de 06 de Março de 1997**.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. – 2. ed. – Brasília :2005. 36 p.: il. Color.

_____. Portaria nº 399/ GM de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de Março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html Acesso em: Nov 2014.

_____. Portaria nº 1.459 de 24 de Junho de 2011. Rede Cegonha no âmbito do SUS.

CAMARGO, Marisa. ; BELLINI, Maria. Isabel. Barros. **The tripod guiding of attention in the national healthcare service (sus) in Brazil:** integrality, interdisciplinary and intersectoriality. Documentos de Política Social. Historia, Investigación y Desarrollo. Instituto de Política Social. N. 13. v. II. Abril 2014.

CASTRO, Jorge Abrahão de. **Política social, distribuição de renda e crescimento econômico**. In. Fonseca, A; Fagnani, E. (orgs.). Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção**. Disponível em: http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saide__Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf Acesso em: Set. 2014.

CECCIN, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. In. **PHYSIS:** Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2004.

CECCIN, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. In. **Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação**. v.9, n.16, 2005. p.161-77.

CFESS. **Código de Ética do Assistente Social**. Resolução nº 273 de 13 de Março de 1993.

_____. **Resolução n.º 383 de 29 de Março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde.

_____. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional. Brasília: 2010.

_____. **Política de Educação Permanente do conjunto CFESS-CRESS**. Brasília:2012.

COHN. Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. In: **Revista Lua Nova**, São Paulo: vol. 19, 1989.

DAVINI. Maria Cristina. **Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde**. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Brasília: 2009 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

FALLEIROS. Ialê; LIMA. J. C. F. Saúde como direito de todos e dever do Estado. In. Pontes, C. F. et al (Org.). **Na corda bamba de sombrinha : a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: Capacitação Serviço Social e Políticas Sociais. Módulo 4. Brasília: UnB, 2000.

HUSM ; EBSEH. **HUSM em sua dimensão**. 2013.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 19. ed. São Paulo: Celats/Cortez, 2006.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

KLAFKE.Teresinha Eduardes. A construção de mudanças na graduação envolvendo múltiplos cenários. In: Menezes, A. L. T. et al (org.). **Mudanças na formação em saúde: a vivência no VER/SUS**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2010.

KOIKE, Maria Marieta. Formação profissional em Serviço Social: exigências atuais. *In: CFESS/ABEPSS – Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: 2009.

LANZA, Líria Maria Bettiol. Et al As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. *In. Revista Katálysis*. v. 15. Florianópolis, 2012.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão de estágio em Serviço Social: desafios para a formação e exercício profissional**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. *In. Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2012.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. *In: Serviço Social e Sociedade*. n. 107. São Paulo: Cortez, 2011. p. 497-508.

MATTA, Roberto da. **O que faz o Brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *In Revista. Ciência e Saúde Coletiva*. 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. 2. ed. Brasília, 2011.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. *et al.* (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2010.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. *In: MOTA, A. E. et al.* (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2010.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. *In: MOTA, A. E. et al.* (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2010.

OLIVEIRA. Isaura Isoldi de Mello Castanho. Configurações do ensino superior e a formação profissional dos assistentes sociais: desafios para a intervenção. In. **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 104. São Paulo: Cortez, 2010.

PACHE. Dário Frederico; PASSOS. Eduardo. **A importância da humanização a partir do sistema único de saúde**. 2008. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/18/30>. Acesso: Set. 2014.

SARRETA. Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SIMÕES. Carlos. **Curso de Direito de Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 6. Ed, 2012.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos**. In. **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 103. São Paulo, 2010. p. 453-475.

_____. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. In. **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 117. São Paulo, 2014. p. 69-83.

SOUSA. Charles Toniolo de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. In. **Revista Emancipação**. n.8, Ponta Grossa, 2008.

SOUZA. Geórgia Costa de Araújo; COSTA. Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. In. **Revista Saúde Soc**. v.19, n.3. São Paulo, 2010. p.509-517.

VARGAS, Tatiane Moreira de. ; BELLINI, Maria Isabel Barros. **Serviço Social e Educação na Saúde**. Maria Isabel Barros Bellini, Thaísa Teixeira Closs (ORG). Serviço social, residência multiprofissional e pós-graduação: a excelência na formação do assistente social – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012.

VASCONCELOS, Ana Maria de. As práticas democráticas na saúde. In: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **A prática do Serviço Social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VIDAL, Dolores Lima da Costa. **Demanda reprimida:** estudo do acesso às ações e serviços de saúde públicos de média complexidade no Município de Campos de Goytacazes. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

6 APÊNDICES

APÊNDICE A: Agenda da Mulher: acolhimento e acompanhamento

Organizadores:

Profa. Dra. Sandra Trevisan Beck

Enfa. Ms. Priscila de O. Bolzan Bonadiman

Graciela M. Rosa Ribeiro (acadêmica Serviço Social)

Karine Menine Vielmo (acadêmica Medicina)

Tamiris Leal Tonetto (acadêmica Terapia Ocupacional)

Referências das tabelas:

<http://www.bulas.med.br/>

http://ass.inante.s.medicinanet.com.br/categorias/bulas_remedios.htm



Agenda da Mulher: Acolhimento e acompanhamento



PET-Saúde
Programa de Educação
pelo Trabalho para a Saúde

Nome: _____

SAME: _____

<i>Medicações mais utilizadas</i>	<i>O que você pode ter/sentir</i>
DOCETAXEL/TAXOTERE	Baixa das defesas corporais, cansaço, náusea, vômito, feridas na boca, diarreia, queda do cabelo, formigamento nos dedos, escurecimento da veia utilizada. Importante: proteger-se do sol.
EPIRUBICINA	Baixa das defesas corporais, náusea, vômito, feridas na boca, queda do cabelo, diarreia.
FLUOROURACIL	Perda do apetite, náusea, vômito, feridas na boca, escurecimento da veia utilizada, diarreia. Importante: proteger-se do sol.
FULVESTRANTO/FASLODEX	Ondas de calor, cansaço, dor no local da injeção.
GENCITABINA/GEMZAR	Baixa das defesas corporais, náusea, vômito, diarreia.
METOTREXATO	Baixa das defesas corporais, náusea, vômito, feridas na boca, diarreia.
NAVELBINE/VINORELBINE	Baixa das defesas corporais, anemia, náusea, vômito, dor no local da punção venosa, formigamento dos dedos, constipação.

<i>Medicações mais utilizadas</i>	<i>O que você pode ter/sentir</i>
PACLITAXEL/TAXOL	Náusea, vômito, perda do apetite, alteração no paladar, dor articular nos braços e pernas, alteração da cor e enfraquecimento das unhas, formigamento nos dedos.
TAMOXIFENO	Ondas de calor, náusea, vômito, perda de apetite, sangramento ou corrimento vaginal, cefaléia, tontura, erupção cutânea e pele seca.
ZOMETA/ÁCIDO ZOLEDRÔNICO	Dor óssea e muscular, cansaço, náusea.
ZOLADEX	Ondas de calor, diminuição da potência sexual, dor óssea e articular.
	<i>Lembre-se: a comunicação é o melhor remédio! Comunique os profissionais de saúde sobre o que está sentindo!</i>