



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

**GARANTIA DE DIREITOS AOS PACIENTES
ONCOLÓGICOS: UM DESAFIO PARA O SERVIÇO SOCIAL
NA RADIOTERAPIA DO HUSM**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Kátia Fagundes

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

**GARANTIA DE DIREITOS AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS: UM
DESAFIO PARA O SERVIÇO SOCIAL NA RADIOTERAPIA DO HUSM**

Por

Kátia Fagundes

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Sheila Kocourek

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

**Universidade Federal de Santa Caria
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.

**GARANTIA DE DIREITOS AOS PACIENTES
ONCOLÓGICOS: UM DESAFIO PARA O SERVIÇO SOCIAL
NA RADIOTERAPIADO HUSM**

elaborado por
Kátia Fagundes

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Bacharel em Serviço Social

COMISSÃO EXAMINADORA

Sheila Kocourek, Dr^a
(Presidente/Orientadora)

Caroline Goerck, Dr^a
(UFSM)

Santa Maria, 15 de dezembro de 2014.

“O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.”

Marilda Yamamoto

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu pai, em memória, que sempre nos educou no caminho da honestidade e bondade. Pai, sei que estás orgulhoso de tua filha.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, Aladir Fagundes, que foi a base para que eu me transformasse na pessoa que sou hoje.

Ao meu esposo Alison Marcelo Wagner, pelo amor, pela paciência, compreensão e apoio nas horas mais difíceis.

À minha filha Rafaela, cujo nascimento me trouxe muitos momentos de felicidade.

Às minhas irmãs, aos meus cunhados, minha sogra e meus sobrinhos pelos momentos de alegria e felicidade durante estes anos de estudo.

À minha supervisora de campo, Denise, pelos ensinamentos, dedicação e respeito ao longo do período de estágio.

À minha supervisora de estágio e orientadora, Sheila, por toda a compreensão durante esse período, que foi de muitas mudanças em minha vida, e pelos momentos de troca e reflexão que possibilitaram a construção deste trabalho.

À minha colega e amiga Camila Tolves pela parceria em momentos de felicidade e angústia, pela amizade, confiança e carinho ao longo desses anos.

Aos colegas do Curso de Serviço Social que, de uma forma ou de outra, contribuíram para minha formação. Agradeço-lhes pela amizade, pelas risadas, pelo apoio, pela compreensão e pela ausência, por vezes, necessária. Agradeço principalmente a minha colega, companheira de estágio, e amiga, Daniela Simões, pela sua paciência, dedicação, orientação neste período que foi bastante complicado.

À Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por me proporcionar um ensino gratuito e de qualidade.

RESUMO

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

GARANTIA DE DIREITOS AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS: UM DESAFIO PARA O SERVIÇO SOCIAL NA RADIOTERAPIA DO HUSM

AUTOR: KÁTIA FAGUNDES

ORIENTADORA: SHEILA KOCOUREK

Local e Data da Defesa: Santa Maria, 15 de dezembro de 2014.

Este trabalho é resultante da experiência de estágio acadêmico do Serviço Social realizada no serviço de radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Durante o período de estágio procuramos apreender a realidade vivenciada pelos usuários do SUS em atendimento no HUSM, levando em conta seu contexto social, econômico e cultural, buscando a viabilização de direitos nesse processo de saúde-doença. O acesso universal a saúde é um dever do Estado e um direito de todo cidadão brasileiro, porém esse direito nem sempre é respeitado, contrariando os princípios da Constituição Federal brasileira (1988). O câncer é uma doença reconhecida como crônica prevenível e com necessidade de cuidado integral, assim, o Sistema Único de Saúde tem como desafio a necessidade de reduzir a mortalidade e a incapacidade causada pela doença, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, detecção precoce e tratamento adequado. A intervenção do assistente social na realidade dos usuários atendidos na radioterapia somente foi possível a partir da revisão teórica abordando o contexto histórico na área da saúde. Através do trabalho realizado na radioterapia, percebemos a importância de ações voltadas ao fortalecimento dos usuários e de seus familiares, bem como ao direito a informação e ao cuidado integral. Como conclusão, acreditamos ser necessário a atuação do assistente social de forma contínua no serviço de radioterapia do HUSM afim de identificar as necessidades específicas dos usuários do SUS.

Palavras-chaves: Políticas públicas de saúde; câncer; Serviço Social; SUS.

RESUMEN

Este trabajo es resultante de la experiencia de pasantía académica de la carrera de Servicio Social realizada en el servicio de radioterapia del Hospital Universitario de Santa María (HUSM). Durante el periodo de pasantía procuramos aprehender la realidad vivida por los usuarios de SUS en atendimento en HUSM, llevando en cuenta su contexto social, económico y cultural, buscando la viabilización de derechos en ese proceso de salud-enfermedad. El acceso universal a la salud es un deber del Estado y un derecho de todo ciudadano brasileiro, pero ese derecho no siempre es respetado, contrariando los principios de la Constitución Federal Brasileira (1988). El cáncer es una enfermedad reconocida como crónica prevenible y con necesidad de cuidado integral, así el Sistema Único de Salud tiene como desafío la necesidad de reducción de la mortalidad y de la incapacidad desarrollada por la enfermedad por medio de acciones de promoción de la salud, prevención, detección precoz y tratamiento adecuado. A través del trabajo realizado en la radioterapia percibimos la importancia de acciones direccionadas al fortalecimiento de los usuarios y de sus familiares, así como al derecho a la información y al cuidado integral. Como conclusión, acreditamos ser necesario la actuación del asistente social de forma continua en el servicio de radioterapia del HUSM con fines de identificar las necesidades específicas de los usuarios de SUS.

Palabras Clave: Políticas públicas de salud; cáncer; Servicio Social; SUS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	12
2.1 Antecedentes do sistema único de saúde brasileiro.....	12
2.2 Redes de atenção à pessoas com câncer.....	19
2.3 Política Nacional de Humanização do SUS.....	23
3 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE.....	25
3.1 Processos de trabalho dos assistentes sociais na saúde.....	25
3.2 O trabalho do assistente social na hemato-oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM.....	29
3.3 Sistematização da experiência no campo de estágio: o processo interventivo com os usuários do serviço de radioterapia do HUSM.....	31
3.4. Limites e possibilidades.....	39
CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES.....	49

1 INTRODUÇÃO

O serviço social no Brasil passou por algumas transformações ao longo do século XX que delinearam um histórico de lutas e conquistas no sentido de consolidar o projeto ético político da profissão e de superar a prática assistencialista.

A partir da década de 1930, o trabalho do assistente social foi reconhecido como uma profissão. Atuando nas mais variadas esferas sociais ao longo do século XX, a atividade do assistente social consolidou-se como uma importante aliada na busca dos direitos adquiridos pelos cidadãos brasileiros.

Os referenciais teóricos que permearam por algum tempo as discussões acadêmico/profissionais em torno dos métodos e abordagens mais adequados ao trabalho do assistente social no Brasil foram concebidos de outros centros onde a prática já estava consolidada, como a Europa e os Estados Unidos.

Nos anos subsequentes às primeiras décadas do século XX, o serviço social transformou-se num amplo campo de estudos no Brasil. Na segunda metade do século, sobretudo após o período ditatorial que se instalou no país (1964-1985), os esforços para a consolidação da importância do trabalho do assistente social foram redobrados, pois a ditadura acabou gerando uma grande demanda social no Brasil.

A consolidação da democracia nos anos oitenta e a promulgação da constituição de 1988 acabou ampliando as discussões em torno da criação de políticas de estado que viabilizassem uma melhor situação para a sociedade brasileira. No entanto, as novas políticas sociais do país proporcionadas pelo avanço da questão social vieram a ser efetivamente consolidadas somente a partir do início do século XXI.

Essas políticas trouxeram para a área de assistência social uma demanda de novos conhecimentos nas mais diversas áreas de atuação tanto na esfera acadêmica, com a consolidação de novos cursos de Serviço Social no país, quanto na esfera profissional, com a normatização da profissão através de documentos que vieram para reger e estabelecer normas de atuação do assistente social. Uma das áreas de atuação do assistente social que ainda hoje gera inúmeros estudos, bem como enfrenta alguns desafios, é a área da saúde.

Nesse sentido, além das indicações e/ou normas de atuação estabelecidas pelos documentos normativos da área, a fundamentação teórico-metodológica e os conhecimentos adquiridos durante o processo de formação profissional são essenciais para garantir um trabalho de qualidade do profissional do Serviço Social. Neste caso, as ações do assistente social junto aos serviços de saúde vão além de um simples diagnóstico. No atual contexto brasileiro, um trabalho bem planejado e desenvolvido pelo profissional, acaba, algumas vezes, servindo também, para desmistificar os conceitos errados acerca da atuação do assistente social.

O assistente social atua de forma interventiva, investigativa e reflexiva na viabilização dos direitos da população através das políticas sociais. A especificidade do Serviço Social dentro de uma instituição de saúde tem por objetivo identificar os determinantes em saúde revelados nos aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo saúde - doença, buscando formas de enfrentamento individual e coletiva para estas questões (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

É sabido que a maioria dos usuários dos serviços públicos de saúde não tem acesso às informações sobre seus direitos, muito menos dos meios e condições para acessá-los. Sendo assim, destaca-se a importância da inserção do acadêmico de Serviço Social junto ao profissional responsável neste campo de estágio, no sentido de identificar necessidades específicas dos usuários, construindo possibilidades de acesso a seus direitos e potencializando sua autonomia no processo de saúde-doença.

Neste sentido, o presente trabalho tem como finalidade descrever as observações feitas a partir da experiência do Estágio do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. O estágio supervisionado foi realizado no Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM, no setor de Hemato-Oncologia, mais precisamente no serviço de radioterapia, sob a supervisão de campo de uma assistente social.

Deste modo, este trabalho de conclusão de curso divide-se em três capítulos: a presente introdução no capítulo I discorre sobre as justificativas e propostas do trabalho; no capítulo II, analisamos, primeiramente, a política de saúde pública no Brasil, bem como os antecedentes do sistema único de saúde brasileiro, as redes de atenção à pessoas com câncer, onde destacamos as legislações específicas existentes para pacientes oncológicos e a política nacional de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS).

No capítulo III, apresentamos o serviço social na área da saúde, bem como os processos de trabalho do assistente social nesta área, mais especificamente, na unidade de hemato-oncologia do HUSM, além disso, discorreremos sobre a experiência de estágio realizada por mim¹ no serviço de radioterapia da instituição, formada pela sistematização teórico-prática da intervenção. Ao final deste capítulo apresentamos os limites e possibilidades identificados durante o processo de estágio.

Por fim, no complemento do presente trabalho de conclusão de curso apresentamos a conclusão referente a experiência de estágio e as reflexões geradas durante este processo.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Neste capítulo está em relevo a historicidade da constituição do modelo de saúde em vigência atualmente no Brasil. Por meio desta revisão histórica é possível compreender o cenário atual como resultado de lutas, conquistas e concessões, em uma clara referência a dialética relação entre o Estado e a população.

Será possível observar que no início do Século XX, o Estado assume a condução de parte do cuidado em saúde implantando o modelo sanitarista, centrado nas práticas de higienização e controle das populações. Posterior a isto são constituídos os primeiros sistemas previdenciários no modelo de seguro social que incluíram a assistência à saúde como um direito dos trabalhadores contribuintes, ficando a população não trabalhadora a mercê da caridade.

Por fim, apresenta-se a transformação do modelo previdenciário baseado na lógica de seguro social pago para um sistema de saúde de acesso universal. Para o Serviço Social a reflexão sobre esse processo histórico é fundamental, no sentido de poder planejar e intervir na realidade dos usuários atendidos no local onde a autora desenvolveu seu estágio curricular.

¹A experiência de estágio foi realizada juntamente com outra acadêmica do curso de serviço social da UFSM.

2.1 Antecedentes do sistema único de saúde brasileiro

O Sistema Único de Saúde (SUS) como conhecemos hoje passou por transformações e transições ao longo do século XX, sobretudo a partir da consolidação de políticas sociais no estado brasileiro ocorrida no início do século passado.

Até a década de 1920, o Estado limitava-se a atender problemas referentes a reivindicações sociais de trabalhadores empobrecidos dos grandes centros urbanos. A matriz econômica brasileira era basicamente agroexportadora, assentada na monocultura do café. A acumulação capitalista foi possível somente com o início do processo de industrialização no país, que se deu principalmente no eixo Rio-São Paulo.

Conseqüentemente ao processo de industrialização houve um crescente processo de urbanização e, por consequência, uma grande utilização da mão de obra de imigrantes, especialmente europeus. As péssimas condições de trabalho e a ausência de garantias trabalhistas, tais como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria, motivaram a organização e a realização de duas greves gerais no país, com objetivo de lutar pelos direitos.

O Estado respondeu as demandas sob dois enfoques: primeiramente com a implantação de um modelo de intervenção que ficou conhecido como campanhista. Neste modelo, a população era submetida a práticas de desinfecção pelo serviço sanitário sem poder expressar se desejavam ou não essa medida intervencionista. Embora as arbitrariedades eram constantes, este modelo obteve êxito no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro.

O outro enfoque pelo qual o estado brasileiro respondeu as mudanças sociais que estavam efervescendo no país foi quando desencadeou a constituição do marco legal do direito previdenciário, especialmente em 1923, com a criação da Lei Eloy Chaves que institui a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para ferroviários. Para os demais trabalhadores o direito foi conquistado após 1930.

Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2006, p.3)

Da década de 1930 até o início dos anos sessenta ocorreu a intervenção do Estado na saúde, nesse sentido surge a questão política como forma de abranger as necessidades dos assalariados urbanos.

A formulação da política de saúde nesse período era de caráter nacional e foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública foi predominante até meados dos anos 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as famílias do campo. O subsetor de medicina previdenciária só viria sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (Bravo, 2006).

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, resultado de mudanças na estrutura do estado após instaurada a revolução, que rompia com a *política do café com leite*, entre São Paulo e Minas Gerais. Essas mudanças “objetivavam promover a expansão do sistema econômico estabelecendo-se, paralelamente, uma nova legislação que ordenasse a efetivação dessas mudanças”. (Polignano, s.d, p.9)

Em 1941, instituiu-se a reforma Barros Barreto, em que se destacaram as seguintes ações: instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar; a criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste); atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional como o Instituto Nacional do Câncer (Polignano, s.d).

No Estado Novo a medicina previdenciária teve seus benefícios estendidos a todas as categorias dos trabalhadores urbanos assalariados. Foi assim que as antigas CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Nesses novos institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional e não por empresa.

Até o final dos anos cinquenta, a assistência médica previdenciária era considerada secundária por técnicos do setor, não se fazendo importante nas reivindicações impostas pelos segurados. Somente a partir da segunda metade da década de 1950, com o aumento no desenvolvimento industrial que ocorreu uma maior pressão pela assistência médica via institutos.

No ano de 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que apenas limitou-se ao desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação sem que houvesse mudanças.

Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste.

No ano de 1960 foi promulgada a lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas que foi homologada em 1943), excluindo os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e os servidores públicos.

Após o golpe de 1964 que instituiu a ditadura militar no Brasil, o país novamente passou por um período de inúmeras mudanças sociais. Os governos ditatoriais que se sucederam no poder buscaram reestruturar alguns setores do Estado brasileiro. A política assistencial foi ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (Bravo, 2006)

A necessidade de intervenção do Estado e o afastamento político dos trabalhadores foram dois fatores que resultaram na unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966. A partir desse período houve a extensão da cobertura previdenciária, abrangendo quase toda a população urbana. Também houve a interferência do Estado na organização da prática médica, pois foi sendo padronizado os serviços médicos prestados visando à lucratividade no setor da saúde.

No entanto, durante esse período as reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado (Bravo, 2006).

Nos anos oitenta, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais (Bravo, 2006). Neste contexto de processo de transição democrática

vivenciado no país, surge, na metade da década de 1970, o Movimento de Reforma Sanitária que questionava a forma de organização da política de saúde no Brasil.

Esse movimento reunia diferentes setores da sociedade brasileira na busca de uma reorganização institucional de atenção à saúde e produção de conhecimento que orientasse esse novo direcionamento.

Conforme Cohn (1997):

O ideário da Reforma Sanitária consiste na proposta de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado complementar àquele, sob controle público, e descentralizado. O que estava em questão era a universalidade da atenção à saúde, superando-se a histórica dicotomia entre assistência médica individual e ações coletivas de saúde. A estratégia eleita para se conquistar a saúde como um direito consistia na descentralização do sistema de saúde. (COHN, 1997, p. 233)

Em março de 1986, em Brasília – Distrito Federal, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), um evento que foi muito importante para a discussão da questão da Saúde no Brasil, pois contou com a participação da população nas discussões abordadas. Segundo Bravo (2006, p.09) a VIII Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados”.

Seus eixos temáticos centrais foram “Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania”; “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, “Financiamento Setorial”. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi o marco mais importante na trajetória da política pública de Saúde no Brasil, pois aprovou a proposta de Reforma Sanitária, que, mais tarde, serviria de base a seus defensores na reformulação da Constituição Federal de 1988 (BRAVO, 2004). Esse evento contribuiu para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que anos mais tarde se transformaria no Sistema Unico de Saúde (SUS).

Nesse sentido, a Reforma Sanitária e a 8ª Conferência Nacional lançaram as bases para a formulação e implementação do SUS no Brasil e, também, discutiram o reconhecimento da saúde como direito social universal que passou a ser inscrito na Constituição Federal de 1988, conforme nos mostra o art. 196:

A saúde é 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. (BRASIL, 1988)

A Constituição Federal (1988) estabelece uma rede de proteção à cidadania, onde a Seguridade Social, através de um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, deve assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência. Este tripé da Seguridade Social apresenta diferenças: a saúde é direito de todos e dever do Estado; a assistência é destinada àqueles que dela necessitam; e a previdência é uma política contributiva, destinada aos trabalhadores.

Em 1990 foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Leis Orgânicas da Saúde n.º 8080/90 e nº 8.142/90. O SUS passa a ser uma política de Estado, tendo como princípios a Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população Brasileira (BRASIL, 1990).

- UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;

- EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;

- INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades.

Destes princípios principais e que formam as bases do SUS, derivaram alguns princípios organizativos:

- HIERARQUIZAÇÃO - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência;

- PARTICIPAÇÃO POPULAR - ou seja a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde no chamados Conselhos Municipais de Saúde;

- DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA - consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS;

Dessa forma, o SUS constituiu-se como uma política não contributiva e de direito de todos, garantindo à população brasileira o atendimento na rede pública de

saúde. No entanto, é importante ressaltar que ainda existe uma distância considerável entre os princípios e diretrizes do SUS e a realidade que vivenciamos no nosso país. Segundo Mendes (2011) é preciso reconhecer que o SUS foi uma proposta generosa de política pública, que é um movimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, no entanto, também faz-se necessário constatar que o SUS enfrenta grandes desafios e, neste caso, tem de superá-los.

Desafios estes que incluem a superação das marcas deixadas pela década de 1990, caracterizada por contrarreformas de cunho neoliberal. Essas reformas tiveram como principais diretrizes a Reforma da Previdência inserida no bojo da Reforma do Estado; a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social, com forte expansão da ação do setor privado na área das políticas sociais (CFESS, 2010).

A política pública de saúde, desde então vem encontrando dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, dicotomia entre ações preventivas e curativas, desafios em implantar a integralidade da atenção, entre outros.

Neste cenário contemporâneo, conforme nos alerta Mendes (2010), existe uma incoerência entre o Sistema de Saúde vigente, que é voltado para as condições agudas (doenças de aparecimento súbito, com rápido desenvolvimento e curta duração), e que se mostra ineficaz frente ao predomínio das condições crônicas, as quais é acometida grande parte da população usuária do SUS.

O termo condições crônicas (Mendes, 2007) abrange tanto as doenças não transmissíveis (por exemplo, doenças cardíacas, diabetes, câncer e asma), quanto algumas doenças transmissíveis como o HIV/AIDS, a tuberculose, a hanseníase, as doenças mentais e as deficiências físicas.

Atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde com encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os familiares (BRASIL, 2003).

Segundo a Organização Mundial de saúde (2002), como condições crônicas entendem-se aquelas que constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. O câncer está

entre as doenças desta categoria representando um sério desafio para o atual sistema de saúde de forma a suprir as demandas iminentes.

2.1 Redes de atenção à pessoas com câncer

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, e já são responsáveis por 63% das mortes no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde. As quatro DCNT de maior impacto mundial são: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas².

O Câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. É uma doença reconhecida como crônica prevenível e com necessidade de cuidado integral, assim, o Sistema Único de Saúde tem como desafio a necessidade de reduzir a mortalidade e a incapacidade causada pela doença, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, detecção precoce e tratamento adequado.

Somente no ano de 2012, a estimativa de novos casos de câncer no Brasil, segundo dados da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, era de 207.950 mil. Durante esse ano (2012) essa estimativa no estado foi de 17.820 mil. Entre os campeões de casos de câncer, os primeiros lugares foram de câncer de mama, em mulheres e próstata, em homens. Também não menos importante, destacaram-se nesse período outros tipos de câncer, como traquéia, brônquio e pulmão, cólon e reto, e pele não melanoma, em ambos os sexos.

Segundo Mendes (2011) os principais fatores determinantes no aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, além da urbanização acelerada. A superação desses desafios, segundo o autor, deve passar por uma mudança nos sistemas de atenção

² Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>> Acesso em: 10 outubro 2014

em saúde que estão fragmentados, não havendo, desse modo, articulações orgânicas e sistêmicas entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Quanto a fragmentação dos sistemas o autor afirma que:

Esses sistemas fragmentados são reativos, não são capazes de ofertar uma atenção contínua, longitudinal e integral e funcionam com ineficiência, inefetividade e baixa qualidade. Eles devem ser substituídos pelas RASs, sistemas integrados, que se propõem a prestar uma atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade certa, com o custo certo e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita (MENDES, 2011, p. 20).

A Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Segundo Mendes (2011) a implantação das RAS convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas.

Nesse sentido, os objetivos de uma RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN e HAM, 2008)

A partir de nossa experiência de estágio – que objetivou o presente trabalho - acreditamos que seja necessário que se efetue um trabalho eficaz de acompanhamento e detecção precoce dentro das redes de atenção à saúde. Neste caso, se existir a detecção precoce na atenção primária, poderão ser diminuídos os altos índices de diagnóstico tardio e mortalidade pela doença.

Os problemas que justificam as redes de atenção à saúde são os mais variados: o cuidado de saúde provido em lugar menos adequado; listas de espera devido à utilização inadequada da atenção especializada; falta de resolutividade nos distintos níveis do sistema de saúde, etc. Segundo Mendes (2007) para solucionar esses problemas, as redes de atenção à saúde necessitam integrar os sistemas de saúde sob três aspectos: integrais, coordenados e contínuos.

Em primeiro lugar, de forma integral, envolvendo o fomento, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e reabilitação e os cuidados paliativos. Em segundo lugar, os sistemas devem ser coordenados com a atenção provida em pontos de atenção que se constituam como uma sucessão de eventos ininterruptos, ordenados por sistemas de informação. E por último, eles devem ser contínuos com atenção às pessoas e famílias, ao longo do tempo, por uma equipe de saúde determinada; e com foco nos usuários.

Nesta integração dos sistemas de saúde como forma de solução para os problemas das RAS, os cuidados paliativos demandam uma atenção especial, pois têm como foco a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, considerando seu sofrimento neste momento difícil de doença. Os cuidados paliativos são oferecidos pelos profissionais da saúde num momento delicado para o paciente, atendendo não apenas às necessidades físicas, mas também às necessidades psicossociais e emocionais, como por exemplo, atenção, respeito, escuta ativa e uma comunicação eficaz.

Dessa forma, acreditamos que o Assistente Social deve ser parte integrante da equipe de cuidados paliativos dentro de um hospital público, orientando o acesso aos serviços e benefícios disponíveis ao paciente durante o período de tratamento, com foco na sua qualidade de vida. A atuação profissional do assistente social é norteada pela Política Nacional de Humanização e pelo Código de Ética Profissional. Seu trabalho neste contexto de saúde-doença contribui para o acolhimento do paciente e da família, através da integração com a equipe multidisciplinar, passo essencial para a efetivação dos cuidados e dos atendimentos oferecidos.

Assim, destaca-se a importância dos serviços de saúde superarem o modelo de atenção fundamentado ainda em ações curativas e centrado nas especialidades, havendo, neste caso, a necessidade de garantir o acesso aos serviços de Atenção Primária em Saúde, onde trabalham a promoção e a prevenção de doenças. A articulação entre os níveis de atenção (primário, secundário e terciário) podem prevenir novos casos de câncer e facilitar o diagnóstico precoce, diminuindo elevados índices de diagnóstico tardio e mortalidade pela doença. Acreditamos que a partir dessas ações de forma integradas, muitas pessoas com câncer poderiam ter seu tratamento realizado com sucesso, devido ao fato da doença ser diagnosticada precocemente.

Na legislação brasileira existem políticas públicas que amparam os pacientes oncológicos. A busca pela consolidação de ações nacionais de controle do câncer resultou no lançamento da Portaria nº 2439 do Ministério da saúde, que estabelece a criação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). Essa política estabelece diretrizes para o controle do câncer no Brasil desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos, envolvendo todos os níveis de atenção.

A Portaria Nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005, propõe e orienta a organização da Rede de Atenção Oncológica nos Estados, uma estratégia de articulação institucional voltada para superar a fragmentação das ações e garantir maior efetividade e eficiência no controle do câncer. Essa Portaria prevê o conjunto de ações necessárias para a atenção integral ao câncer e conforme seu Art. 1º resolve:

Instituir a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas (BRASIL, 2005, p.1).

A Lei Nº 12.732, de 22 de NOVEMBRO DE 2012, dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

A Portaria Nº 874, de 16 de MAIO de 2013, institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Portaria Nº 483, de 1º DE ABRIL DE 2014, redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Portanto, no que se refere a políticas sociais de assistência aos pacientes oncológicos no Brasil, houve um avanço nos últimos anos a partir da criação de políticas focalizadas no tratamento desses pacientes. Essas políticas visam ações que buscam superar os desafios enfrentados por pacientes nas décadas passadas.

O câncer é uma doença que causa sofrimentos aos pacientes e seus familiares. O diagnóstico da doença acarreta em danos físicos, emocionais, sociais e econômicos aos pacientes, e esses necessitam de um cuidado integral, de assistência nesse momento difícil.

Neste sentido, a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) traz a perspectiva de humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Tendo como base a autonomia e protagonismo dos sujeitos, além dos vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde como valores norteadores dessa política (BRASIL, 2009).

2.3 Política Nacional de Humanização do SUS

O tema humanização vem sendo discutido desde a 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1992, porém, somente em 2004 foi instituída a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS. Essa política visa, entre outros aspectos, possibilitar um adequado acolhimento e escuta dos sujeitos.

Essa política é contrária ao modelo biomédico de atenção a saúde, que atualmente ainda predomina na sociedade brasileira. Esse modelo consiste na mecanização das práticas de saúde, com o atendimento focado somente na doença, na parte física do paciente, excluindo o contexto psicossocial, que visa compreender as dimensões físicas, psicológicas e sociais do paciente.

Segundo a Política Nacional de Humanização, humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. A humanização deve ser vista como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando-se uma construção coletiva. (BRASIL, Ministério da Saúde, HumanizaSUS, 2010)

Desse modo, acreditamos que o assistente social é parte fundamental para viabilização dessa política junto com outros profissionais da saúde.

Uma das questões fundamentais para a efetivação da política de humanização é ter clareza das diversas concepções de humanização, pois essa política envolve aspectos amplos que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a garantia dos direitos sociais,

o compromisso social e a saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão (CASATE; CORRÊA, 2005).

No entanto, embora tenha aspectos positivos, Sodré (2010) destaca que a humanização nada mais é do que um discurso:

Pontuamos a humanização como discurso porque ela é parte de uma série de ações que dizem *tornar humano* aquilo que não possui formas ou atitudes humanas. Retirar a centralidade do trabalho morto, aquilo que está incorporado às máquinas, e recolocar a centralidade do trabalho vivo na saúde — objetivar-se na ação humana (SODRÉ, 2010, p 464).

Quanto ao conceito de humanização, Deslandes (2004) afirma que a noção de humanização é geralmente empregada “para a forma da assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais”.

Segundo Martinelli (2007) o assistente social tem o dever de lutar para que a ética impregne cada uma de suas ações profissionais, fazendo com que o profissional se torne mais humano e sua prática mais humanizada, reconhecendo nos usuários os sujeitos de direitos que são na busca da saúde, em um contexto de cidadania e de democracia.

Sendo assim, para que o processo de humanização aconteça é necessário que também sejam dadas melhores condições de trabalho aos profissionais da área da saúde. Segundo Deslandes (2004, p.13), esse profissional é “quase sempre mal remunerado, muitas vezes pouco incentivado e sujeito a uma carga considerável de trabalho”. Desse modo, conforme postula a autora: “Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência” (IDEM).

3 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Neste capítulo apresentaremos algumas reflexões sobre o serviço social na área da saúde, bem como os princípios que norteiam a profissão. A atuação profissional é realizada, prioritariamente, por meio de instituições públicas destinadas a atender pessoas e comunidades que buscam apoio para desenvolver sua autonomia, participação, exercício de cidadania e acesso aos direitos sociais. No entanto, sua atuação também pode ser na rede privada e/ou nas organizações não governamentais (ONGs). Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é abordar os processos de trabalho do serviço social e alguns instrumentos utilizados pelo assistente social em sua atuação profissional na área da saúde, bem como apresentar como se dá a atuação do profissional na unidade de hemato-oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM. Ao final do capítulo apresentaremos a sistematização da experiência no serviço de radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, bem como os limites e possibilidades observados durante o estágio curricular.

3.1 PROCESSOS DE TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE

A profissão de assistente social é regulamentada pela Lei Federal 8.662/1993, que estabelece suas competências e atribuições, além disso, a conduta profissional é especificada pelo Código de Ética Profissional (1993). A Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, de 6 de março de 1997, determinou o conjunto das profissões em saúde e nela reconheceu a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde (CFESS, 2010).

A área de atuação do assistente social é ampla, porém, historicamente, sua atuação é fortemente marcada na área da saúde. O trabalho do assistente social na área da saúde, assim como em outras áreas, tem a finalidade de defender os direitos sociais, ampliar e consolidar a cidadania, respeitando os princípios constantes no Código de Ética da Profissão de 1993.

Cabe destacar que esse profissional atua nas manifestações da questão social que se apresenta de diferentes formas, e na maneira como elas interagem com a política social. O assistente social encontra nas diferentes expressões da questão social o objeto de sua ação profissional, e as respostas para essas demandas requerem o entendimento da sua complexidade na relação com o usuário.

Segundo Iamamoto:

Dar conta das particularidades das múltiplas expressões da questão social na história da sociedade brasileira é explicar os processos sociais que as produzem e reproduzem e como são experimentadas pelos sujeitos sociais que as vivenciam em suas relações sociais cotidianas (IAMAMOTO, 2001, p. 92).

A atuação do assistente social deve ter como direção os referenciais teórico-metodológicos, ético políticos e técnico operativo da profissão, buscando a garantia da efetivação das políticas públicas para, assim, assegurar os direitos sociais dos usuários.

A competência ético-política se traduz no posicionamento político do assistente social frente as questões sociais, para que possa ter clareza da direção social que deve seguir sua prática profissional. A competência teórico-metodológica se refere a qualificação do profissional para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha. O profissional deve ser crítico-reflexivo para que possa enxergar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes. A Competência técnico-operativa é o conjunto de habilidades técnicas que permitem ao profissional desenvolver as ações junto à população usuária e às instituições contratantes (SOUSA, 2008).

A efetivação do trabalho do assistente social na saúde exige o conhecimento avançado sobre políticas públicas e como elas podem ser garantidas a população.

Conforme Bravo e Matos (2004)

[...] compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (BRAVO E MATOS, 2004).

O Projeto Ético-Político da Profissão construído nos últimos trinta anos direciona o exercício da profissão dos Assistentes Sociais. O projeto do Serviço Social, de acordo com Netto (1999), tem como compromisso:

[...] o reconhecimento da liberdade como valor ético central, a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero (NETTO, 1999, p. 104-5).

Entre os avanços que o projeto ético político gerou em seus trinta anos de existência, os Parâmetros para a atuação do Serviço Social dentro do SUS configuram como um dos mais importantes aspectos da profissão do assistente social que trabalha na área da saúde.

Fundamentado em importantes pilares que sustentam a atuação profissional do assistente social, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde trazem em seu bojo aspectos relevantes para a intervenção do profissional na área da saúde: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

No caso de atendimento nas instituições hospitalares as orientações contidas nos parâmetros norteiam as ações profissionais dos assistentes sociais. A ação profissional na oncologia é orientada por uma leitura crítica da realidade, compreendendo o sujeito além do ambiente hospitalar em que ele se encontra nesse processo de doença. Um dos instrumentos para a ação profissional é a investigação da realidade. O Assistente social trabalha de forma a transformar situações tendo como base a realidade vivenciada por cada indivíduo, possibilitando, assim, o atendimento das necessidades e demandas da população usuária do SUS.

Além dos parâmetros que indicam as formas de ações, o assistente social que trabalha na área de saúde busca especificar sua atuação utilizando em sua investigação da realidade as orientações das categorias do Método Dialético Materialista de Karl Marx que são: historicidade, totalidade e contradição.

Primeiramente, a historicidade define-se como um processo que compreende a processualidade dos fatos, sua provisoriidade e seu movimento permanente de superações. Em segundo lugar, a Totalidade como um todo articulado por conexões

que permite a apropriação do cotidiano a partir da compreensão histórica, econômica e política como constituintes da construção da sociedade capitalista ocidental. Por fim, a Contradição como a força motriz que provoca o movimento de transformação, instigando a partir da luta dos contrários, os processos de mudança, devir na realidade dos sujeitos (TÜRCK, 2012).

As práticas desenvolvidas em uma unidade hospitalar também precisam ser permeadas pelo acolhimento e pelo respeito ao usuário entendido como um cidadão de direitos. A proposta de atuação do assistente social na saúde deve estar vinculada aos propósitos da Política Nacional de Humanização do SUS. Nesse sentido, Mariotti (2002) considera o acolhimento uma das principais ações para que haja uma humanização da atenção à saúde, para o autor, o acolhimento é definido como:

[...] a arte de interagir, construir algo em comum, descobrir nossa humanidade mais profunda na relação com os outros e com o mundo natural. É dizer que os outros descubram em nós sua humanidade mais profunda na relação e o mundo nos mostre sua amplitude.” (MARIOTTI, 2002, p.14).

Esse acolhimento é fruto das relações que se estabelecem entre profissionais e usuários, de forma a conhecer sua realidade social e familiar. Se dá na melhoria do cuidado, traduzindo-se na escuta, na orientação, na informação e no encaminhamento adequado. O objetivo do acolhimento é de formar relações de confiança que acabam beneficiando o acompanhamento do tratamento. Acreditamos que o acolhimento também ressalta a condição de sujeito do usuário, tornando-o capaz de participar das escolhas com relação a sua saúde.

Outro instrumento utilizado pelo assistente social no qual acreditamos ser necessário para a realização do acolhimento é a entrevista, conforme, também afirmam Chupel e Mito:

Constituem-se num instrumento privilegiado para a execução do acolhimento, porque é através dela que ocorre o reconhecimento do usuário e do profissional. É o momento de coletar informações referentes à situação imediata, a ocasião em que o usuário pode expressar suas demandas, dizer o que ele necessita, seja circunscrito à área da saúde, seja fora dela (CHUPEL; MIOTO, 2010, p. 53).

A área da saúde exige um profissional vinculado à luta pelo acesso igualitário às ações e aos serviços, ao trabalho interdisciplinar e ao estímulo à participação

social, buscando a efetivação da universalidade do acesso à saúde como determina a Constituição Federal (1988).

Desta forma, o Serviço Social na Oncologia deve realizar um trabalho vinculado a um projeto mais amplo de consolidação dos ideais do SUS e de transformação desta realidade. Que esteja em sintonia com o projeto ético político da profissão, que tem como compromisso maior a garantia de direitos, a ampliação da cidadania e a autonomia do sujeito (CFESS, 2010).

3.2 O trabalho do assistente social na hemato-oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM

O assistente social atua de forma interventiva, investigativa e reflexiva na viabilização dos direitos da população através das políticas sociais, pautado no Projeto ético-político da profissão, e em consonância com os princípios do SUS, que visa à universalidade, integralidade, equidade, participação social e a descentralização.

O Serviço Social iniciou suas atividades no Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM em 1975. Atualmente o hospital possui em seu quadro de funcionários 12 assistentes sociais, sendo 04 assistentes sociais em regime único - Hemato-Oncologia, Internação Domiciliar, Recursos Humanos e Serviço de Hemoterapia e 08 assistentes sociais contratados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) - Pronto Socorro, Hemato-Oncologia, Psiquiatria, Ambulatórios adulto e pediátrico, clínicas média e cirúrgica (3º e 5º andar), UTI, Pediatria.

Na unidade de Hemato-Oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM, o Serviço Social iniciou suas atividades em 1995 com uma profissional da área. Essa profissional presta atendimento à pacientes com câncer que se encontram internados ou em atendimento ambulatorial, bem como a seus familiares e/ou acompanhantes. De acordo com o Plano do Serviço Social – HUSM (2007, p. 06):

Nos hospitais públicos, cabe ao Serviço Social o desenvolvimento de mecanismos e estratégias que traduzam e implementem os princípios e

diretrizes do SUS (universalidade, integralidade, equidade) convertendo o direito Constitucional à saúde em práticas institucionalizadas.

As principais ações do assistente social na unidade de Hemato-Oncologia são:

- Prestar orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- Identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção;
- Conhecer, mobilizar e encaminhar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais;
- Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- Registrar os atendimentos sociais nos prontuários com objetivos de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas na ficha do Serviço Social.

As unidades que constituem a Hemato-Oncologia do HUSM são: Clínica Médica I, Centro de Tratamento da Criança com Câncer (CTCriaC), Ambulatório de Quimioterapia, Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO), Ambulatório de Radioterapia, Espaço de Convivência Turma do Ique, Farmácia de Quimioterapia e Laboratório de Citogenética Molecular.

Nesse sentido, é de extrema importância que o assistente social saiba identificar as necessidades específicas de cada usuário, construindo possibilidades de acesso a seus direitos e potencializando a sua autonomia neste processo de saúde-doença.

O Serviço Social na Hemato-Oncologia do HUSM realiza um trabalho importante, na perspectiva dos princípios e Diretrizes do SUS:

Universalidade entendida como acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; Integralidade de assistência, como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do

sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie [...] (BRASIL, 1990)

O campo de atuação do Assistente Social na unidade da Hemato-Oncologia do HUSM é amplo, pois essa unidade tem um fluxo intenso de usuários. Realidade que, em muitos casos, não permite um acompanhamento longitudinal, mas sim atendimentos emergenciais. Desse modo, pensando no objetivo do estágio curricular de Serviço Social, observou-se que seria importante a atuação em um setor no qual se poderia realizar um atendimento e acompanhamento aos usuários em um tempo maior.

Mediante os vários cenários, observou-se que havia uma demanda regular de avaliações sociais junto ao serviço de radioterapia. Deste modo, baseado em evidências cotidianas, chegou-se à conclusão de que era relevante o Serviço Social propor um projeto de intervenção junto ao serviço de radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM. Projeto este que deu origem a este trabalho final de graduação.

3.3 Sistematização da experiência no campo de estágio: o processo interventivo com os usuários do serviço de radioterapia do HUSM

Conforme considerações do Instituto Nacional do câncer (INCA), nos dias de hoje “o câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica” (BRASIL, 2011). Neste contexto, o Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM é considerado um espaço importante na luta pela redução da mortalidade por câncer, sendo considerado um Centro de Referência no tratamento de pacientes com câncer na Região Centro do Estado do Rio Grande do Sul.

Durante o período de estágio que realizamos na instituição, efetuamos visitas ao serviço de radioterapia, que faz parte do setor de hemato-oncologia. Nessas visitas verificou-se a necessidade de atuação do Serviço Social de forma mais constante no setor de radioterapia com a finalidade de realizar atividades de acolhimento e acompanhamento do início ao fim do tratamento de pacientes com

câncer. Essa demanda surgiu após a observação do grande fluxo de usuários que utilizam os serviços da radioterapia, e que apresentam as mais variadas necessidades. Muitos deles com a doença em situação mais avançada onde o grau de sofrimento do paciente é, por vezes, ainda maior.

No serviço de radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), a média, durante esse período, era de 40 a 50 atendimentos/dia³, entre consultas, avaliações e sessões de radioterapia. A grande maioria dos pacientes oncológicos em tratamento apresentam vulnerabilidades sociais, econômicas e culturais. Com o diagnóstico da doença, esta situação se amplia, fazendo com que o paciente se sinta mais fragilizado.

Considerando esses aspectos, foi identificado a importância de realizar durante o período de estágio a implementação do projeto de intervenção no serviço de radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM, na perspectiva da viabilização dos direitos sociais demarcados na Constituição Federal de 1988.

O projeto de intervenção exigido no estágio curricular teve como tema: “Os Processos de trabalho do Serviço Social frente aos desafios de um atendimento humanizado no Serviço da Radioterapia do HUSM”. O objetivo do projeto de intervenção foi desenvolver atividades do Serviço Social na Unidade de Radioterapia do HUSM de forma a proporcionar aos pacientes e familiares um cuidado efetivo e ampliado, com ênfase na construção de vínculos e autonomia do sujeito.

Observamos que os pacientes com câncer em tratamento na radioterapia do HUSM vivenciam diferentes expressões da questão social como más condições financeiras, histórico de trabalho precarizado, limitado acesso aos serviços de saúde, baixa escolaridade, entre outros. Também observamos que essa situação é ampliada devido à vulnerabilidade que a doença impõe.

Diante dessa situação, acreditamos que o trabalho do assistente Social deve ser direcionado no sentido de identificar necessidades específicas dos usuários, além de construir possibilidades de acesso a seus direitos e potencializar a sua autonomia neste processo de saúde-doença com vistas para um atendimento humanizado.

Como instrumentais técnico-operativos foram utilizados nesse processo de intervenção o acolhimento, entrevistas, um folder de divulgação do papel do serviço

³ Números referentes ao período de setembro a dezembro de 2013.

social na hemato-oncologia, questionários de avaliação e um guia sobre os direitos da pessoa com câncer.

Inicialmente foi elaborado e disponibilizado um folder⁴ com o objetivo de esclarecer o papel do serviço Social no serviço de radioterapia. A intenção na elaboração do folder era propiciar a socialização de informações e conhecimentos voltados para os direitos dos pacientes oncológicos, e também despertar o interesse dos usuários para a procura do atendimento do Serviço social. Neste caso, percebemos a boa receptividade dos usuários que procuraram o atendimento do serviço social para esclarecer suas dúvidas.

Para proporcionar um atendimento humanizado e pensando na importância da formação de vínculos, foi elaborada e aplicada uma entrevista⁵ de acolhimento com usuários em início de tratamento.

Para o Serviço Social, o acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos assistentes sociais. Ele congrega três elementos que agem em concomitância: a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário. Objetiva o acesso a direitos das mais diversas naturezas, bem como a criação de vínculo e a compreensão de elementos para fundamentar uma futura intervenção. (CHUPEL; MIOTO, 2010, p. 55-56)

O acolhimento proporcionado aos pacientes e familiares teve a finalidade de reconhecer as necessidades dos usuários, objetivando uma escuta qualificada com o propósito de buscar relações de confiança para um melhor acompanhamento no tratamento. As atividades de acompanhamento dos pacientes em tratamento e seus familiares foram realizadas durante todo o período de estágio, proporcionando atenção ao usuário enquanto ser integral, com atendimento qualificado, personalizado e humanizado.

Desse modo, a partir dessas ações, destacamos a necessidade do assistente social em decodificar os aspectos vivenciados pelos usuários, através de uma observação crítica da realidade, problematizando essa realidade a partir das demandas que o usuário traz nos atendimentos.

Também acreditamos que é dever do assistente social possibilitar condições para o fortalecimento desse sujeito, no sentido de ampliar suas percepções para a viabilização de seus direitos e garantindo o direito à informação.

⁴ O folder elaborado para a divulgação do papel do serviço social na radioterapia encontra-se no apêndice **A** desse documento.

⁵ A entrevista de acolhimento utilizada durante os atendimentos encontra-se no apêndice **B** desse documento.

O Código de Ética da profissão (1993) apresenta em seu Art. 5º como deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as”.

Analisando o perfil dos pacientes através das entrevistas realizadas durante o período de estágio, pode-se observar que a idade dos usuários em tratamento no serviço de radioterapia que passaram pelo atendimento das estagiárias do serviço social varia de 46 a 83 anos.

A grande maioria desses usuários tem família constituída, reside em zona urbana, tem uma situação socioeconômica que dispõe de poucos recursos financeiros e um nível de escolaridade menos elevado. A condição socioeconômica se torna um fator relevante na contribuição das condições de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.

Após o diagnóstico vem a necessidade do tratamento contínuo ao paciente. Durante a realização do tratamento muitos pacientes interrompem suas atividades produtivas, dificilmente retornando à atividade profissional, ocorrendo, assim, a perda ou a diminuição da renda familiar. Alguns são trabalhadores formais, porém, observamos, além destes, trabalhadores autônomos e informais que, ao se ausentarem de seus trabalhos para o tratamento, também ficam sem renda. Outros trabalhadores identificados foram os trabalhadores rurais que também tem sua renda/trabalho prejudicada devido à distância dos serviços básicos de saúde e/ou precariedade dos serviços de atendimento.

Além disso, observamos casos em que algum componente da família deixa de trabalhar para acompanhar o paciente em seu tratamento.

Neste contexto, consideramos relevante destacar que o diagnóstico de câncer traz sofrimento não só ao paciente, mas a toda sua família, causando um grande impacto no cotidiano dessas pessoas. Sendo assim, não só o paciente mas também a sua família necessita de cuidados e suporte por parte dos profissionais da área da saúde.

Conforme Carvalho (2008)

No cotidiano da assistência aos pacientes com câncer e seus familiares, verifica-se que essa experiência é muito complexa e muito sofrida, que não se explica apenas na doença em si. Significa, muitas vezes, mudanças radicais na vida dessas pessoas alterando, em algum nível, seus papéis

familiares e sociais. O quadro da doença também deve ser considerado na questão do grau de sofrimento do paciente e dos demais membros da família. As demandas colocadas às famílias se ampliam, uma vez que aumenta a dependência e a necessidade de cuidados dos pacientes (CARVALHO,2008, p.98).

Nesse sentido, o assistente social, em sua atuação na área da saúde, especificamente na assistência oncológica, deve tomar a família como objeto de cuidado, considerando seus limites e possibilidades no enfrentamento da doença. Como exemplo disso, destaca-se o encaminhamento para as redes de proteção do município, sugestões de atividades de lazer, etc.

No processo de estágio, foi essencial, primeiramente, conhecer o atendimento da rede socioassistencial do município para a realização de um encaminhamento adequado. Em Santa Maria – RS existem instituições não governamentais que ajudam na assistência a pacientes com câncer e sem condições financeiras. Foram realizadas visitas a cada instituição, dentre elas a Associação Leon Denis, Liga Feminina de Combate Ao Câncer - LFCC, o Centro de Apoio a criança com Câncer – CACC, Associação de Apoio a Pessoas com Câncer – AAPECAN e a Associação dos amigos do HUSM –AAHUSM.

Os encaminhamentos realizados à redes sócioassistenciais citadas acima, foram feitos conforme análise da realidade dos usuários, como por exemplo, quando existe a necessidade de hospedagem, alimentação, medicamentos e insumos. Observamos que existe muita procura de informações a respeito do procedimento necessário para obter fraldas, suplementos alimentares, medicações especiais, etc. Esses são encaminhamentos que, muitas vezes, demandam por serviços de ordem jurídica e este é realizado em conjunto com os serviços de assistência jurídica dos municípios.

Quanto aos encaminhamentos Faleiros (2011) destaca:

Não se pode reduzir a atuação somente na identificação e encaminhamentos desses indivíduos aos órgãos competentes, é preciso analisar criticamente essa realidade geradora de conflito e buscar formas de intervenção para sua transformação (Faleiros, 2011).

Dentre as demandas atendidas no serviço de radioterapia durante este período, os esclarecimentos e orientações referentes aos direitos sociais foram os mais constantes aos pacientes e seus familiares. As ações realizadas foram sempre no sentido de fortalecer esses usuários neste processo de adoecimento.

Cabe ressaltar que muitos pacientes não são esclarecidos sobre seus direitos relacionados à Previdência Social. O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), atua para garantir a renda do trabalhador e de sua família nos momentos de incapacidade laborativa ocasionada por doença, acidente, gravidez, prisão, velhice ou morte. Compete ao INSS reconhecer os direitos e promover todos os meios para que os trabalhadores tenham acesso aos benefícios previdenciários, porém, para que esse acesso aos benefícios ocorra, a pessoa tem que contribuir mensalmente com a previdência social.

Sendo assim, se os pacientes não são segurados antes do diagnóstico de câncer, com a enfermidade ficam impossibilitados de trabalhar, não podendo usufruir de direitos previdenciários como, por exemplo, o auxílio doença. Tem direito a esse benefício o trabalhador que contribuiu com a Previdência Social e fica temporariamente incapaz para o trabalho por mais de 15 dias consecutivos. Uma vez contribuindo com a Previdência, a pessoa com diagnóstico de câncer não necessita da carência de 12 meses de contribuição para acessar o benefício.

Quando o paciente é idoso (Lei Federal nº 10.741/2003 – Art. 34 – Estatuto do Idoso) ou pessoa com deficiência (Lei Federal nº 8.742/1993 – Art. 20 e 21 – LOAS), pode obter o Benefício de prestação continuada (BPC). Para acessar esse direito, é necessário que a renda per capita familiar seja inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. Renda per capita considera o número de pessoas que vivem na mesma casa: o cônjuge, o(a) companheiro(a), os pais, os filhos e irmãos não emancipados de qualquer condição, menores de idade e pessoas incapacitadas para uma vida independente.

Apesar do diagnóstico de neoplasia não se enquadrar nesse benefício, a previdência social tem concedido esse benefício desde que o critério de renda caracterize a impossibilidade do paciente e de sua família de garantir seu sustento.

Quando percebem que não tem direito aos benefícios, por ausência ou descontinuidade de contribuições à previdência, os pacientes, muitas vezes tem seu estado emocional agravado devido à falta de condições financeiras.

A necessidade de orientações e encaminhamentos para a Previdência Social, no sentido de garantir o acesso a auxílio-doença, aposentadorias, Benefício de Prestação Continuada, entre outros, foi uma das demandas mais constantes para o serviço social no serviço de radioterapia durante esse período.

O tratamento ao qual se submete o paciente oncológico é longo e exige cuidados intensos. Muitos pacientes necessitam sair de seus municípios para realização do tratamento e tem suas rotinas totalmente alteradas. Este fato acaba agravando ainda mais o enfrentamento da doença, além do desgaste físico, financeiro e emocional.

Outra realidade que foi frequentemente vivenciada pelos usuários no serviço de radioterapia era a de ausentar-se de seus municípios para realizar seu tratamento em outra cidade e não ter onde permanecer durante as sessões de radioterapia. Esses pacientes, então, foram encaminhados pelo serviço social à abrigos ou casas de apoio. Em Santa Maria- RS, a Associação Leon Denis e a Associação de Apoio a Pessoas com Câncer - AAPECAN prestam esse serviço com atendimento de profissionais e voluntários. Entendemos que é de responsabilidade do estado proporcionar estadia a esses usuários em outra cidade (se a sua cidade de origem não fornece o tratamento), no entanto, devido a burocracia, o encaminhamento imediato à instituições não governamentais acaba sendo a melhor opção.

Geralmente os pacientes se deslocam para Santa Maria com o transporte da secretaria de saúde de seu município. Aqueles que moram em cidades vizinhas preferem, muitas vezes, voltar para sua cidade no mesmo dia devido a dependência de familiares que o aguardam em sua residência. Outros pacientes realizam todo o tratamento sem acompanhantes por vontade própria (se sentem bem fisicamente) ou motivados pela necessidade de manter seus familiares trabalhando em sua cidade de origem.

Os pacientes que realizam o tratamento fora de sua cidade tem direito ao Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), que é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas. Assim, o TFD consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica à unidades de saúde de outro município ou Estado da Federação. Este benefício é concedido quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do paciente, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes.

Nesses casos, o assistente social pode realizar uma solicitação de ajuda de custo as prefeituras para os pacientes de fora da cidade. Além do transporte, o TFD também é um direito dos pacientes, entretanto, através da experiência de estágio, verificou-se que este direito não é concedido porque as prefeituras alegam que não tem esse valor previsto no orçamento. Isso acaba acarretando em gastos financeiros para o paciente que muitas vezes não está trabalhando devido ao diagnóstico da doença.

Constatou-se também, através dos atendimentos, que muitos usuários não conhecem os seus direitos e/ou não sabem como acessá-los. Nesse sentido, foi verificado a necessidade de produzir um material informativo para assessorar neste processo.

Acreditamos que a falta de conhecimento faz com que muitos usuários do SUS não tenham acesso aos seus direitos, desse modo, foi elaborado um guia⁶ intitulado: “Direitos da pessoa com câncer”. Esse guia contém informações de forma clara e objetiva sobre os direitos sociais dos pacientes com câncer e as formas de acessá-los, facilitando o entendimento dos pacientes e/ou familiares.

Após os atendimentos os guias eram entregues a cada usuário trabalhando, assim, de forma a assessorá-los na superação das possíveis dificuldades no entendimento das informações pertinentes. Pois o fortalecimento do acesso, segundo Faleiros:

[...] implica o trabalho social nas mediações da informação correta, do encaminhamento exato, da transparência do itinerário institucional, da defesa do usuário diante das recusas para uma operacionalização mais equânime da lei [...] (Faleiros, 2011, p. 60).

Destacamos a importância do guia para o usuário entender-se como cidadão de direitos. Pois, segundo Iamamoto (2006), os assistentes sociais contribuem para a socialização das informações que subsidiam a formulação/gestão de políticas e o acesso a direitos sociais. Além disso, viabilizam o uso de recursos legais em prol dos interesses da sociedade civil organizada; interferem na gestão e avaliação daquelas políticas, ampliando o acesso a informações a indivíduos sociais, para que possam lutar e interferir na alteração dos rumos da vida em sociedade.

⁶ O guia com informações sobre os direitos sociais dos pacientes com câncer encontra-se no apêndice C desse documento.

Ao final do projeto de intervenção foi elaborado e aplicado um questionário aos usuários⁷ e outro aos profissionais atuantes na radioterapia, como forma de avaliar o impacto do atendimento das estagiárias do Serviço Social. Entendemos essa ação como necessária para oportunizar aos usuários a visibilidade de sua percepção quanto ao atendimento das estagiárias do serviço Social e do serviço da radioterapia como um todo. Os resultados obtidos através desses questionários serão expostos no próximo subtítulo deste trabalho.

Por fim, cabe assinalar que os estágios curriculares foram importantes, para a percepção e aprendizado das especificidades dos processos de trabalho do Assistente Social. Além disso, a confluência dos aspectos teóricos com as ações práticas desse período foram essenciais para minha construção/crescimento profissional e acadêmico, pois acredito que as demandas do serviço social somente são compreendidas pelos acadêmicos a partir do contato prático com os profissionais do serviço social e com os usuários que necessitam de nosso serviço.

3.4 Limites e possibilidades

A aproximação com o usuário obtida através dos casos em que foi possível realizar o acolhimento possibilitou a realização do trabalho do assistente social com foco nas demandas e potencialidades identificadas através dessa aproximação.

Os usuários que chegam no serviço de radioterapia do HUSM, tem em sua maioria, diferentes expressões da questão social manifestadas em seu cotidiano. As políticas públicas não chegam de forma efetiva para esses usuários, que muitas vezes não tem acesso aos serviços de saúde na atenção básica⁸, onde as ações devem ser voltadas à promoção da saúde e à prevenção do câncer, bem como ao

⁷ O questionário de avaliação do serviço social na radioterapia pelos usuários encontra-se no apêndice **D** desse documento.

⁸ A atenção básica consiste no primeiro nível de atenção à saúde, é a porta de entrada no SUS. Inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender a maior parte dos problemas comuns da saúde da comunidade. Os procedimentos são realizados nas Unidades Básicas de Saúde, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário, entre outros.

diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados.

Os pacientes com câncer são protegidos pela Lei 12.732/2012 que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Conforme consta em seu art. 2:

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

No que diz respeito a falta de acesso aos serviços de saúde, destacamos aqui que a assistência na atenção básica é limitada aos usuários do SUS, onde muitas vezes ocorre a demora ao acesso à especialistas e a exames que possibilitem o diagnóstico. Essas são algumas das dificuldades que fazem com que a maioria dos casos de câncer no Brasil sejam diagnosticados já em seu estágio mais avançado. Sendo assim, quando o paciente chega a radioterapia para tratamento, a doença já está em estado bem avançado, restando apenas os cuidados paliativos.

Nesse contexto, o trabalho do assistente social deve vir ao encontro dos ideários do SUS com o compromisso de buscar a ampliação da cidadania, através da garantia de acesso aos direitos sociais.

O período de estágio para a realização do projeto de intervenção foi relativamente curto visto que não houve tempo hábil para aprofundar o contato com os profissionais do serviço de radioterapia do HUSM. Nesse sentido, a prioridade foi de atender as demandas dos usuários com a qualidade de atendimento como propõe o projeto de intervenção do curso de Serviço Social da UFSM.

A avaliação de nosso trabalho como estagiárias no serviço de radioterapia do HUSM foi realizada através do questionário⁹ de avaliação direcionado aos usuários do serviço de radioterapia, conforme apresentamos anteriormente. Esse documento ficou disponível na sala de espera por três semanas junto com a urna recolhadora.

Dos 36 questionários depositados na urna pelos usuários, 30 responderam que já foram atendidos pelo serviço social na radioterapia, 04 não foram atendidos e 02 não marcaram nenhuma alternativa. Em relação ao espaço para críticas e

⁹ O questionário de avaliação do serviço social na radioterapia pelos profissionais do serviço encontra-se no apêndice E desse documento.

sugestões, destaca-se os agradecimentos para os profissionais em geral, que atuam na radioterapia e as críticas em relação a demora no atendimento médico.

No que diz respeito aos agradecimentos, percebemos, durante a leitura dos questionários, e nos diálogos com os usuários, o agradecimento pela atenção recebida e pelo bom tratamento oferecido. No entanto, os elogios tiveram a conotação de um favor recebido e não de ser um direito dos pacientes com câncer previsto na constituição.

Vale salientar que os pacientes e seus familiares foram orientados sobre seus direitos durante esse período, no entanto, conforme as respostas obtidas nos questionários, pode-se perceber o desconhecimento que é “culturalmente” enraizado nos pacientes com câncer. Esses aspectos foram trabalhados com os usuários e seus familiares, pois é direito de todo cidadão ser tratado com respeito, ter suas dúvidas esclarecidas pelos profissionais, com um atendimento humanizado, respeitando suas necessidades, entre outros.

Quanto ao questionário de avaliação direcionado aos profissionais atuantes no serviço de radioterapia, dos 39 profissionais, 11 responderam o questionário, sendo que desses, 03 da enfermagem, 01 da farmácia, 02 técnicos em radiologia, 01 da administração do serviço e 02 da recepção. Quanto às questões sobre o trabalho do Serviço Social no Serviço de Radioterapia, 08 assinalaram que conhecem o Serviço Social e 03 não conhecem. Todos os profissionais consideram importante a atuação do Serviço Social de forma contínua no setor de radioterapia. Quanto a questão sobre os encaminhamentos dos usuários para o serviço social, 06 assinalaram que já encaminharam e 05 não encaminharam. Quanto ao impacto no tratamento dos usuários, 06 consideram positivo e 05 não responderam.

Alguns profissionais sugeriram maior interação, principalmente com a enfermagem e afirmaram a importância da continuidade das ações do Serviço Social na radioterapia. Acreditamos ser de extrema necessidade estreitar as relações com os outros profissionais, principalmente na perspectiva do assistente social contribuir para que se tenha um olhar mais qualificado quanto às singularidades de cada usuário e aos direitos que precisam ser respeitados.

Salientamos que o contato mais direto das estagiárias durante o período de estágio na radioterapia com outros profissionais foi somente com a equipe de enfermagem. Esse contato somente aconteceu quando houve a necessidade de esclarecimento de dúvidas em relação a algum paciente.

Acreditamos que um dos desafios que o assistente social deve superar é a falta de conhecimento de outros profissionais sobre a profissão de assistente social. As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão e devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. (CFESS, 2010).

É de extrema importância que se esclareça institucionalmente essas atribuições e competências desse profissional na área da saúde ou em qualquer outro espaço sócio-ocupacional, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade de trabalho a ser defendida na saúde.

O desenvolvimento de ações interdisciplinares é outro desafio encontrado pelo assistente social, pois vive-se a cultura das especializações, sendo assim, o usuário recebe atendimento multidisciplinar que consiste em um atendimento de forma fragmentada por profissionais de diferentes setores.

Acreditamos ser necessária a continuação do trabalho interventivo do assistente social de forma fixa no serviço de radioterapia do HUSM, visando apoiar ações futuras em conjunto com outros profissionais. Formando assim uma equipe Interdisciplinar para que juntos possam pensar a integralidade visto que os estagiários permanecem tempo insuficiente no serviço para que ocorra essas ações conjuntas.

Consta nos “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” (Brasil, 2010) que o processo de pensar e realizar uma atuação competente e crítica do serviço social na área da saúde consiste em buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde.

Segundo Iamamoto (2002):

[...] é necessário desmistificar a idéia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais...são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças. (IAMAMOTO, 2002, p.41).

Por fim, muitos são os desafios para o fortalecimento e efetivação do SUS na vida das pessoas. Entre os profissionais atuantes na área da saúde compreende-se que o assistente social é um profissional que faz toda a diferença, contudo, o número reduzido de assistentes sociais no HUSM acaba muitas vezes contribuindo

para a realização de práticas imediatistas e superficiais na vida dos usuários. Nesse sentido salientamos a necessidade de uma equipe composta com maior número de profissionais, incluindo o assistente social, interagindo com outros profissionais da saúde como forma de proporcionar um atendimento integral e com vistas a ampliação da cidadania dos usuários.

CONCLUSÃO

O assistente social utiliza-se de suas atribuições e competências buscando estratégias para o enfrentamento das manifestações da questão social, de situações que interferem no processo saúde-doença.

Nesse sentido, o estágio realizado na hemato-oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, possibilitou uma reflexão sobre os processos de trabalho do profissional que trabalha na área da saúde. Avaliamos que, embora exista uma política específica para os pacientes com câncer, sua existência não é garantia de acesso aos serviços. Desse modo, acreditamos que o papel do Assistente Social se torna fundamental na garantia de acesso às informações, para que os usuários tenham condições de lutar pela sua efetivação e garantia dos direitos sociais.

Cabe destacar que é papel do Estado prover políticas públicas na garantia de direitos sociais, pois é através das políticas públicas que as pessoas em condições de exclusão social poderão garantir a provisão de suas necessidades específicas. No entanto, apesar dos avanços conquistados ao longo dos últimos anos com a implantação do SUS, ainda há muitos problemas a serem superados. Neste caso, minha experiência como estagiária trouxe a reflexão sobre a necessidade de se efetuar um trabalho eficaz de acompanhamento e detecção precoce dentro das redes de atenção à saúde, pois a atenção primária poderá diminuir os altos índices de diagnósticos tardios, além da mortalidade pela doença.

Percebemos, também, que as práticas na área da saúde ainda são voltadas somente para a parte clínica do paciente o que acaba representando um grande desafio ao trabalho do assistente social, pois é necessário uma ação voltada ao fortalecimento do usuário, sobretudo os pacientes em tratamento oncológico que ficam mais vulneráveis após o diagnóstico.

Nesse sentido, nosso projeto de intervenção trouxe-nos a reflexão de que o processo de humanização é importante, porque o usuário se sente acolhido, com mais confiança em si mesmo e, também, no assistente social para, dessa forma, relatar suas necessidades. O processo de humanização pelo qual devem passar os Hospitais é um grande desafio para qualquer profissional da área da saúde, porém entende-se que o assistente social é peça fundamental nesse processo.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18. ed. Brasília: Senado, 1988.

_____. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde, 2002 – Brasília, 2003.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro. Inca, 2011.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de Abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União. Brasília: Gabinete do Ministro, 2014. Seção 1, p. 50-52.

_____. Ministério da saúde. PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013. **Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde**

(SUS). Disponível em:
 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>
 Acesso em: 19/09/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde**. – 4ª ed. 4ª reimp. – Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010.

_____. Portal da Saúde. **Diretrizes para a implementação do Humaniza SUS**. Disponível em:
 <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28345>

_____. **Portaria nº2439/GMde 08/12/2005**. Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasil: Ministério da Saúde, 2005b. 3p.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional. **Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS)**. Organização Pan-Americana de Saúde. Pp 1-24, 2006

_____ & MATOS, Maurílio Castro Reforma Sanitária e o Projeto Ético- Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza, VASCONCELOS, Ana Maria, GAMA, Andréa de Souza, MONNERAT, Gisele Lavinias (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CARVALHO, C. S. U. **A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico**. Revista Brasileira de Cancerologia. 2008; 54(1): 97-102. Disponível em:
 <http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf>. Acesso em: 19/09/2013.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Kátia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, USP, v. 13, n. 1, jan./fev. 2005. p. 105-111. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 out 2014.

CHUPEL, C. P. MIOTO, R. C. T. **Acolhimento e Serviço Social**: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. Revista Serv. Soc. Soc., UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURREL, A.C. (org). **Estado e políticas de saúde no neoliberalismo**. 2. Ed, São Paulo: Cortez, 1997, p.225 – 244.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

DESLANDES, S. F. (Org.) Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (1), 2004, p. 7 - 14.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 10. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Plano do Serviço Social HUSM**. Santa Maria, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Projeto Profissional, **Espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. Atribuições privativas do (a) assistente social em questão**. Brasília: CFESS, 2002.

MARIOTTI, Humberto. **Ciência e Saúde**. In: Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde 2002.

MARTINELLI, M. L. O exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas. **Serviço Social & Saúde Campinas**. v. 6 n. 6 p. 1-144 Maio 2007

MENDES, E.V. **As Redes de atenção à Saúde**. Ver. **Ciência e Saúde Coletiva** vol 15, nº5, RJ, agost, 2010.

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

_____. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabeth *et.al.* **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 219-241.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil:** Uma pequena revisão, Minas Gerais, [s.d]. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf Acesso em: 21 de Junho de 2014

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010

SOUSA, C. T. **A prática do assistente social:** conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. In: *Emancipação*, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em: <<http://www.uepg.br/emancipacao>>. Acesso em 28 jul. 2014.

TÜRCK, M. G. M. G. **Serviço Social – Metodologia da prática dialética.** Porto Alegre: Graturck, 2012.

APÉNDICES

Apêndice A – Cartilha de divulgação do serviço social na radioterapia

Para que seu tratamento aconteça da melhor forma possível, é necessária uma atuação conjunta dos profissionais da saúde, paciente e família.



Por isso, é **IMPORTANTE** você procurar o Serviço Social para entender e acessar seus direitos perante as Instituições (Hospitais), Municípios, Estado e Governo Federal.

HORÁRIO DO SERVIÇO SOCIAL NA RADIOTERAPIA:

➤ 2ª e 4ª feira
das 08:00 às 12:00 hs
Estagiárias

Daniela Simões

Kátia Fagundes

HORÁRIO DO SERVIÇO SOCIAL NA HEMATO-ONCOLOGIA:

➤ 2ª a 6ª feira
Manhã: 08:00 às 12:00 hs
Tarde: 14:00 às 17:00 hs

Assistente Social

Denise Pasqual Schmidt

Fone: 3220-8728

E-mail: dps@ufsm.br

E-mail radioterapia:
radioterapia@ufsm.br

Fone radioterapia: 3220-8349



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA



**VOCÊ SABE O QUE FAZ O
SERVIÇO SOCIAL
NA RADIOTERAPIA?**

O Serviço Social, através do **Assistente Social** atua orientando sobre os **direitos dos pacientes oncológicos e seus familiares**:

Exemplos:



Orientações e/ou encaminhamentos para a Previdência Social (auxílio-doença, aposentadoria, benefício assistencial);



Orientações quanto a medicamentos que o paciente tem direito a receber gratuitamente;



Esclarecimentos e/ou encaminhamentos para a rede sócio assistencial (Alojamentos, Abrigos);



Esclarecimentos sobre direitos e benefícios da pessoa com câncer (direitos trabalhistas, tributários, previdenciários, etc...).

VOCÊ TEM DIREITO A:



Fonte: Imagens CFESS (cfess@cfess.org.br)



Conforme os princípios do SUS (nosso Sistema Único de Saúde), os serviços e as ações dos profissionais de saúde devem proporcionar condições de bem estar físico, mental e social.

Apêndice B – Roteiro norteador da entrevista de acolhimento do serviço Social na radioterapia do HUSM



**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA
SERVIÇO DE HEMATO-ONCOLOGIA**

Entrevista de acolhimento

Data da entrevista: ____ / ____ / 20 ____

1 – Identificação

Nome:

Data Nascimento: / / (idade:)

Sexo: () Masculino () Feminino () outro ----- Cor: -----

Religião: ----- Escolaridade: -----

Estado civil: ----- Profissão:-----

Atividade Atual:

Situação Previdenciária:

Endereço:-----

Bairro: ----- Cidade: ----- Estado: -----

() Urbano () Rural

Telefones:

Pessoas para contato: -----fone-----

-----fone:-----

-----fone:-----

2 – Composição Familiar

Nome	Idade	Vínculo	Ocupação	Salário (R\$)

3 – Renda Familiar

<input type="checkbox"/> Sem renda	<input type="checkbox"/> até 1 salário	<input type="checkbox"/> De 1 a 3 salários
<input type="checkbox"/> De 4 a 7 salários	<input type="checkbox"/> De 8 a 11 salários	<input type="checkbox"/> Acima de 11 salários

4 – Situação Habitacional

<input type="checkbox"/> Casa própria	<input type="checkbox"/> Alugada	<input type="checkbox"/> Cedida
<input type="checkbox"/> Processo de aquisição	<input type="checkbox"/> terreno da Prefeitura	

Tipo:

<input type="checkbox"/> Alvenaria	<input type="checkbox"/> Madeira	Outro:
------------------------------------	----------------------------------	--------

5 – Perfil do primeiro contato**Iniciativa:**

<input type="checkbox"/> Do usuário	Definir qual: <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> Recepção -----
-------------------------------------	---

Procedência: (ambulatório, enfermaria, Internação, etc...)

6 – Entrevista Inicial:

6.1 - Descrição da demanda inicial ou solicitação:

6.2 – Histórico de antecedentes (ex: sintomas, instituições procuradas, providências...)

6.3 – Saúde

Doença diagnosticada:

Apêndice C – Livreto direitos da pessoa com câncer

Universidade Federal de Santa Maria

Hospital Universitário de Santa Maria

Serviço de Radioterapia

Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e
Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde



DIREITOS
DA PESSOA COM CÂNCER



Nome:

Registro HUSM:

Este material foi elaborado pelas acadêmicas do Curso de Serviço Social da UFSM, durante a implantação do projeto de intervenção do estágio supervisionado II.

Elaboração e Organização:

Acadêmicas do Curso de Serviço Social da UFSM: Daniela Refatti Simões e Kátia Fagundes.

Revisão do texto:

Assistente Social da Hemato-Oncologia do HUSM: Denise Pasqual Schmidt – Supervisora do Campo de Estágio.

Supervisão Acadêmica:

Prof.^a Dr^a Sheila Kocourek e Prof.^a Dr^a Caroline Goerck

Promoção:

Serviço de Radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM e Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão

INTRODUÇÃO:

Este livreto foi elaborado pelas estagiárias do Curso de Serviço Social com o objetivo de facilitar o entendimento e acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) aos direitos sociais. É direcionado aos usuários com diagnóstico e tratamento de câncer em atendimento na radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria - RS (HUSM).

O Serviço Social atua na perspectiva de identificar necessidades específicas dos usuários, construir possibilidades de acesso a seus direitos, bem como potencializar a sua autonomia neste processo de saúde-doença.

Este material está em consonância com o Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, como forma de proporcionar continuidade ao trabalho desenvolvido na área de concentração da Hemato-Oncologia.

Neste sentido, destina-se a contribuir com o desenvolvimento de processos de trabalho voltados à intervenção nos problemas/situações de saúde no contexto individual, familiar e coletivo de forma integrada. Estabelecer vínculos com pacientes, família e comunidade pautados pelo respeito, ética e responsabilidade no cuidado à saúde, através de uma prática humanizada e com excelência técnica.

ACESSO AOS DADOS MÉDICOS E DOCUMENTAÇÕES:

Conforme o Art.5º, XXXIV, “b” da Constituição Federal –, é direito de todo paciente e seus familiares ser informado sobre seu diagnóstico, tratamento a ser adotado, dados existentes no prontuário médico ou hospitalar e demais esclarecimentos pertinentes a seu tratamento. Para acessar esse direito é necessário que o paciente ou familiar encaminhe um requerimento à entidade ou ao médico que detém as informações. Cabe ressaltar que todos os dados são protegidos por sigilo profissional.

ACOMPANHAMENTO DURANTE A INTERNAÇÃO:

Conforme o Estatuto do Idoso, o paciente com idade acima de 60 anos terá direito a acompanhante. Também poderá acessar esse direito, o paciente menor de idade, podendo ser acompanhado por um dos pais ou responsável, conforme determinação da lei Federal nº 8.069/1990 – Art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

AUXÍLIO-DOENÇA:

Tem direito a esse benefício o trabalhador que contribui com a Previdência Social e fica temporariamente incapaz para o trabalho por mais de 15 dias consecutivos. Uma vez contribuindo com a Previdência, a pessoa com diagnóstico de câncer não necessita da carência de 12 meses de contribuição para acessar o benefício. A incapacidade para o trabalho deverá ser

comprovada por uma perícia médica do INSS, que deve ser agendada na Agência da Previdência Social ou através de ligação para o 135.

Documentos necessários:

- Carteira de Identidade;
- CPF;
- Carteira de Trabalho ou documentos que comprovem contribuição no INSS;
- Se for trabalhador rural, levar o bloco de produtor;
- Exames e atestados com o CID;

APOSENTADORIA POR INVALIDEZ:

A aposentadoria por invalidez é concedida desde que a incapacidade para o trabalho seja considerada definitiva pela perícia médica do INSS (agendamento pelo telefone 135 ou na Agência do INSS). A pessoa com câncer terá direito ao benefício, independente do pagamento de 12 contribuições, desde que esteja na qualidade de segurado.

ACRÉSCIMO DE 25% NA APOSENTADORIA:

Terá direito ao acréscimo o segurado do INSS que necessitar de assistência permanente de outra pessoa. O valor da aposentadoria por invalidez poderá ser aumentado em 25% (conforme situações previstas no Decreto nº 3.048/99, Art. 45).

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC):

A pessoa com câncer pode usufruir desse benefício, desde que se seja idoso (Lei Federal nº 10.741/2003 – Art. 34 – Estatuto do Idoso) ou pessoa com deficiência (Lei Federal nº 8.742/1993 – Art. 20 e 21 – LOAS).

Para acessar esse direito, é necessário que a renda per capita familiar seja inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. Renda per capita considera o número de pessoas que vivem na mesma casa: o cônjuge, o(a) companheiro(a), os pais, os filhos e irmãos não emancipados de qualquer condição, menores de idade e pessoas incapacitadas para uma vida independente.

O critério de renda caracteriza a impossibilidade do paciente e de sua família de garantir seu sustento. A pessoa com câncer tem direito ao benefício desde que se enquadre nos critérios descritos acima. Para solicitar o benefício, a pessoa deve fazer exame médico pericial no INSS.

Informações sobre as documentações necessárias e formulários podem ser obtidos nas Agências do INSS, ligando para o 135 ou pelo site: www.previdencia.gov.br, selecionando a opção: “serviços ao cidadão”.

PRIORIDADE NO ANDAMENTO DE PROCESSOS JUDICIAIS:

Conforme a Lei Federal nº 10.173 de 9/01/2001 (Código de Processo Civil) e Lei Federal nº Lei Federal nº 10.741 de 01/10/2003 – Art. 71 (Estatuto do Idoso), todas as pessoas que tiverem idade igual ou superior a 60 anos terão prioridade nos processos judiciais.

SAQUE DO FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO (FGTS):

A pessoa com o diagnóstico de câncer, ou que tenha dependentes com câncer poderá realizar o saque do FGTS (desde que seja trabalhador cadastrado no INSS ou esteja previamente inscrito como dependente no INSS ou no Imposto de Renda).

Documentos necessários para realização do saque:

- Carteira de Identidade;
- Carteira de Trabalho (original ou cópia);
- Comprovante de Inscrição no PIS/PASEP;
- Exame que comprove a doença;
- Atestado médico atualizado da doença com o CID, assinatura, carimbo e CRM do médico responsável pelo tratamento;
- Comprovante de dependência, se for o caso.

OBS: Para mais informações consulte o site: www.cef.gov.br

SAQUE DO PIS/PASEP:

PIS: Programa de Integração Social / **PASEP:** Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público.

Tem direito a esse benefício o trabalhador cadastrado no PIS/PASEP antes de 1988 que tiver diagnóstico de câncer e seus dependentes. O PIS deve ser retirado na Caixa Econômica Federal e o PASEP no Banco do Brasil.

OBS: Para mais informações consulte o site: www.cef.gov.br

TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (TFD):

A Portaria SAS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, dispõe sobre a rotina de Tratamento Fora de Domicílio, tem como objetivo garantir o acesso aos serviços assistenciais em outro Município aos pacientes em tratamento na Rede Pública. O TFD pode garantir o transporte, hospedagem e alimentação, conforme a necessidade do paciente. O paciente deverá levar o encaminhamento do

seu médico (credenciado pelo SUS) à Secretaria Municipal de Saúde de sua Cidade, com o documento de identidade e cartão do SUS.

TRANSPORTE URBANO MUNICIPAL:

O usuário que estiver em tratamento contínuo na radioterapia e quimioterapia poderá obter o transporte municipal gratuito até o local de tratamento, desde que aprovado na perícia médica. É necessário comparecer ao Ambulatório de Saúde Mental, localizado na rua Silva Jardim, 1383, com a seguinte documentação:

- Carteira de Identidade;
- Comprovante de renda familiar;
- Duas fotos 3X4;
- Laudo médico com o CID e a frequência do tratamento

OBS: O deslocamento dos pacientes que residem em outros municípios é de responsabilidade do município de origem.

ACESSO AOS MEDICAMENTOS DO SUS:

Para ter acesso aos medicamentos, o usuário precisa, primeiramente, ser atendido por um médico credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fazer todos os procedimentos, exames e esclarecimentos sobre a doença e tratamento.

Com a receita, que contenha o nome do princípio ativo (não pode ser o nome comercial do medicamento), o paciente deverá conferir se o medicamento solicitado consta na **relação de medicamentos disponibilizados pelo SUS** (consultar <http://www.saude.rs.gov.br/lista/115/Medicamentos>) e verificar a qual Componente da Assistência Farmacêutica ele pertence.

Sabendo a qual Componente da Assistência Farmacêutica o medicamento faz parte, o usuário poderá consultar no site da Secretaria Estadual de Saúde-RS os procedimentos para abrir processos de solicitação de medicamentos, documentos e exames necessários e onde retirar esses medicamentos.

Essas e outras informações podem ser esclarecidas na Farmácia Pública de seu município.

<http://www.saude.rs.gov.br/lista/115/Medicamentos>

MEDICAMENTOS ESPECIAIS:

Algumas medicações específicas que não são disponibilizadas na farmácia básica, assim como os suplementos alimentares, as dietas enterais, podem ser requeridos ao Estado mediante processo judicial. Esse processo, chamado “Ação de Medicamentos” pode ser iniciado na Defensoria Pública do Estado, nos serviços de Assistência Jurídica Gratuita da sua cidade ou através de um advogado particular, e encaminhados à 4ª Coordenadoria Municipal de Saúde.

QUITAÇÃO DO FINANCIAMENTO DA CASA PRÓPRIA:

Possui direito à quitação, a pessoa com invalidez total e permanente, causada por acidente ou doença. O paciente com câncer pode ter esse direito, desde que comprovada a incapacidade para o trabalho e a doença ter sido adquirida após a assinatura do contrato de compra do imóvel.

Está incluído nas parcelas do imóvel financiado pelo Sistema Financeiro de Habitação (SFH) um seguro que garante a quitação do imóvel em caso de invalidez ou morte.

Neste caso, o seguro cobre o valor correspondente ao que o paciente deu para o financiamento. A entidade financeira que efetuou o financiamento do imóvel deve encaminhar os documentos necessários à seguradora responsável.

ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA NA APOSENTADORIA E PENSÃO:

Os pacientes com câncer estão isentos do Imposto de Renda relativo aos rendimentos de aposentadoria, reforma e pensão, inclusive as complementações (RIR/1999, art. 39, XXXIII; IN SRF nº 15, de 2001, art. 5º, XII), mesmo os rendimentos de aposentadoria ou pensão recebidos acumuladamente (Lei nº 7.713, de 1988, art. 6º, inciso XIV).

Para solicitar a isenção a pessoa deve procurar o órgão pagador da sua aposentadoria (INSS, Prefeitura, Estado etc.) munido de requerimento fornecido pela Receita Federal. A doença será comprovada por meio de laudo médico, que é emitido pelo serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, sendo fixado prazo de validade do laudo pericial, nos casos passíveis de controle (Lei nº 9.250, de 1995, art. 30; RIR/1999, art. 39, §§ 4º e 5º; IN SRF nº 15, de 2001, art. 5º, §§ 1º e 2º).

ISENÇÃO DO IMPOSTO DE CIRCULAÇÃO DE MERCADORIAS E SERVIÇOS (ICMS) NA COMPRA DE VEÍCULOS ADAPTADOS:

O ICMS é o imposto estadual sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestação de Serviços. Cada Estado possui a sua própria legislação que regulamenta este imposto. Tem direito a essa isenção as pessoas consideradas incapacitadas para dirigir veículos comuns.

Para fazer a solicitação, o paciente deve comparecer à Secretaria da Fazenda de seu Estado.

Mais informações no site www.sefaz.rs.gov.br

OSTOMIZADOS:

Conforme a Lei 5296 de 02 de dezembro de 2004, art. 5º, os ostomizados são considerados pessoas com deficiência física. Desta forma, os ostomizados podem acessar os mesmos direitos previstos para esta categoria, como o **Benefício de Prestação Continuada (BPC – LOAS)**, **Isenção de IPVA e IPI na compra de veículos adaptados**, etc.

OBS: A ostomia por si só não justifica a concessão de certos benefícios, devendo a pessoa estar incapacitada para o trabalho.

ISENÇÃO DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES (IPVA) PARA VEÍCULOS ADAPTADOS:

O IPVA é o imposto estadual referente à propriedade de veículos automotores. Os usuários considerados deficientes físicos pelo departamento médico do DETRAN terão isenção deste imposto, lembrando que cada Estado tem a sua própria legislação.

OBS: A isenção do IPVA é concedida simultaneamente à obtenção da isenção do ICMS.

ISENÇÃO DE IPI NA COMPRA DE VEÍCULOS ADAPTADOS:

O IPI é o imposto federal sobre produtos industrializados.

Conforme a Lei nº 10.182, de 12/02/2001 que restaura a vigência da Lei nº 8.989, de 24/02/1995, o paciente com câncer pode ser isento deste imposto quando apresentar deficiência física, nos membros superiores ou inferiores que o impeça de dirigir veículos comuns. Para solicitar a isenção é necessário comparecer ao Departamento de Trânsito do seu Estado (DETRAN) com exames e laudo médico que comprovem a deficiência.

O veículo precisa apresentar características especiais que permitam a sua adequada utilização por portadores de deficiência física. Entre essas características, o câmbio automático ou hidramático (acionado por sistema hidráulico) e a direção hidráulica. A adaptação do veículo poderá ser efetuada na própria montadora ou em oficina especializada. Os interessados em conseguir a isenção poderão se dirigir ao DETRAN de seu estado. Mais informações sobre a documentação necessária, acessar <http://www.receita.fazenda.gov.br>.

ISENÇÃO DE IMPOSTO SOBRE PROPRIEDADE PREDIAL E TERRITORIAL URBANA (IPTU):

O IPTU é um tributo municipal que incide sobre a propriedade, o domínio útil ou a posse de bem imóvel localizado na zona urbana do Município. Não existe uma legislação nacional que garanta a isenção do IPTU para pessoas com câncer. Como se trata de um imposto municipal deve ser verificado se existe legislação que garanta a isenção do IPTU em seu Município.

SERVIÇOS PÚBLICOS OFERECIDOS EM SANTA MARIA:

Ambulatório de Saúde Mental (Gratuidade do Transporte Municipal)

Endereço: Rua Silva Jardim, 1383, Centro

Telefone: (55) 3921-7028

Assistência Judiciária da UFSM

Endereço: Floriano Peixoto, 1176, Centro

Telefone: (55) 3220-9217

Assistência Judiciária da UNIFRA

Endereço: Av. rio branco, n. 639, 2º andar, Centro

Telefone: (55) 3025 - 9090

Defensoria Pública do Estado (se já possui processo)

Endereço: Alameda Buenos Aires, 293, sala 104, N. Srª das Dores

Fone: (55) 3218-1635

Defensoria Pública do Estado (Escritório UNIFRA):

Endereço: Av. Rio Branco, 639, 2º andar, Centro

Fone: (55) 30259023

Defensoria Pública da União em Santa Maria

Endereço: Av. Rio Branco, 639, 3º andar, Centro

Telefone: (55) 3218-9600

Farmácia Municipal do Município

Endereço: Rua Roque Calage, 55, Centro

Telefone: (55) 3226-8368

INSS

Endereço: Rua Venâncio Aires, 2114, Centro

Telefone: (55) 33023200

Secretaria Municipal de Saúde

Endereço: Av. N. Srª Medianeira, 355, Medianeira

Telefone: (55) 3921-7228

4ª Coordenadoria Municipal de Saúde

Endereço: Rua André Marques, 675, Centro

Telefone: (55) 3222-2929

REDE SOCIO-ASSISTENCIAL EM SANTA MARIA-RS:

AAPECAN

Endereço: Av. Borges de Medeiros, 1897, Divina Providência

Telefone: (55) 3025-9400

AMIGOS DO HUSM - AAHUSM

Endereço: Av. Roraima, Prédio 22, Campus. Hospital

Universitário de Santa Maria – HUSM, Camobi

Telefone: (55) 3220-8711

ASSOCIAÇÃO LEON DENIS

Endereço: Rua Vereador Erli de Almeida Lima, 520, Camobi

Telefone: (55) 3226-4928

LIGA FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER

Endereço: Rua Dr Bozano, 1051 - Galeria Souza, Centro

Telefone: (55) 3223-7911

GRUPO RENASCER (HUSM) - Grupo de Apoio às Mulheres com Câncer de Mama

Endereço: Av. Roraima, Prédio 22, 2º andar, sala 2009, Campus. Hospital
Universitário de Santa Maria – HUSM, Camobi

Telefone: (55) 3220-8923

Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Art.5º. Brasília, DF, 1988.

BRASIL, Presidência da República. Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente: 1990

BRASIL, Presidência da República. Lei Orgânica da Assistência Social, Lei nº 8. 742, de 7 de dezembro de 1993, publicado no DOU de 8 de dezembro de 1993.

BRASIL, Presidência da República. Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso: 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Direitos do paciente com câncer. Brasília, 2004. Disponível em:

<<http://www.inca.gov.br/publicacoes/DireitosPacientesCancer.pdf>>

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Serviços ao cidadão. Disponível em:

<www.previdencia.gov.br>

BRASIL, Presidência da República. Lei Orgânica da Assistência Social, Lei nº 8. 742, de 7 de dezembro de 1993, publicado no DOU de 8 de dezembro de 1993.

<http://www.receita.fazenda.gov.br>

<http://www.saude.rs.gov.br>

www.ostomizados.com



Apêndice D – Questionário de avaliação do Serviço Social na Radioterapia

1) Você já utilizou o trabalho do Serviço Social na Unidade de Radioterapia do HUSM?

() Sim () Não

2) Se já utilizou, qual o seu grau de satisfação em relação ao atendimento?

() Ruim () Regular () Bom () Ótimo

3) Suas dúvidas em relações a direitos sociais foram esclarecidas?

() Sim () Não

4) Você acha importante ter profissionais do serviço Social de forma permanente na radioterapia?

() Sim () Não

Deixe suas sugestões, elogios ou críticas:

Apêndice E – – Questionário de avaliação do Serviço Social na Radioterapia pelos profissionais do Serviço

Este instrumento tem como objetivo realizar uma avaliação sobre a atuação das acadêmicas do Curso de Serviço Social nesse setor. Sua participação é muito importante para avaliar o grau de necessidade do atendimento do Serviço Social de forma permanente no Serviço de Radioterapia do HUSM.

1) Qual sua área de atuação no Serviço de Radioterapia?

2) Você conhece o trabalho do Serviço Social no Serviço de Radioterapia do HUSM?

() Sim () Não

3) Você considera importante o atendimento de estagiários e/ou profissionais do Serviço Social de forma contínua no Serviço de Radioterapia do HUSM?

() Sim () Não () Indiferente

4) Já encaminhou algum paciente para atendimento do Serviço Social?

() Sim () Não

5) Se já encaminhou, qual impacto considera que proporcionou ao tratamento do paciente?

() Positivo () Negativo () Indiferente

6) Se desejar, deixe sugestões, elogios ou críticas:

___/___/2014