

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**O SERVIÇO SOCIAL NA RADIOTERAPIA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA:
TRATAMENTO FORA DE DOMICILIO – UM DIREITO
A SER GARANTIDO POR UMA QUALIDADE DE VIDA
AOS PACIENTES DO HUSM**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Dirlei Agnes

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

**O SERVIÇO SOCIAL NA RADIOTERAPIA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: TRATAMENTO FORA
DE DOMICILIO – UM DIREITO A SER GARANTIDO POR
UMA QUALIDADE DE VIDA AOS PACIENTES DO HUSM**

Dirlei Agnes

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

Orientador: Prof. Dr. Jairo da Luz Oliveira

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Bacharelado em Serviço Social**

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

**O SERVIÇO SOCIAL NA RADIOTERAPIA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: TRATAMENTO FORA
DE DOMICILIO – UM DIREITO A SER GARANTIDO POR
UMA QUALIDADE DE VIDA AOS PACIENTES DO HUSM**

elaborado por
Dirlei Agnes

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

COMISSÃO EXAMINADORA:

Jairo da Luz Oliveira, Dr.
(Presidente/ Orientador)

Sheila Kocourek, Dr.^a (UFSM)

Santa Maria, 1º de dezembro de 2015.

Dedico este trabalho as minhas filhas, Paula e Luiza que sempre estiveram ao meu lado neste período e compreenderam a ausência física nas noites de aula durante este período de formação, compreendendo a importância e me incentivando na busca de conhecimentos e novos desafios.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por guiar meus passos durante esta jornada.

As minhas maiores joias, minhas filhas Paula e Luiza por compreenderem minha ausência e por me apoiarem constantemente na busca desta formação. Obrigado a elas pela paciência e pelo amor incondicional. Vocês são com certeza o maior presente que Deus me deu e que cuidarei sempre com todas as minhas forças;

As famílias: Agnes, Acosta, Weillers e Stein, muito obrigado pela força e estímulo;

Aos meus colegas de serviço que sempre me estimularam a seguir em frente e deram cobertura nos momentos de ausência;

Ao Deputado Valdeci Oliveira que me estendeu a mão num momento difícil da minha vida e que estimulou seguir os estudos, garantindo todo o apoio quando necessário;

Aos colegas de curso pelo apoio, onde todos se ajudaram um pouco, quando o cansaço do dia-a-dia batia e precisávamos de mais um “gás”;

Ao meu amigo Flavinho que sempre está ao meu lado e que compreendeu os “Nãos” nas horas de lazer e ao Ildo (in Memoriam) que com sua inteligência impar me auxiliou no entendimento dos pensadores que dão a base ao pensamento do serviço social;

Aos profissionais e funcionários do curso de Serviço Social, especialmente ao Professor Jairo pela orientação e o carinho;

A todos meu carinho e sincero agradecimento!

RESUMO

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

O SERVIÇO SOCIAL NA RADIOTERAPIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: TRATAMENTO FORA DE DOMICILIO – UM DIREITO A SER GARANTIDO POR UMA QUALIDADE DE VIDA AOS PACIENTES DO HUSM

AUTORA: DIRLEI AGNES
ORIENTADOR: PROF. DR. JAIRO DA LUZ OLIVEIRA
Santa Maria, 1º de dezembro de 2015

Este trabalho, através da experiência vivida durante período de formação, teve a intencionalidade de compreender e aprender a atuação profissional do Assistente Social em um local de contato com várias situações que retratam a questão social na forma como ela se apresenta na vida cotidiana dos usuários da saúde. Uma realidade materializada por dificuldades que se estende através do tratamento radioterápico que às vezes se dá de forma paliativa, o envolvimento dos familiares com a doença e seu tratamento, a falta de recursos e principalmente as dificuldades enfrentadas pelos pacientes que fazem Tratamento Fora de Domicílio (TFD) atreladas a fragilidade dos serviços de saúde em dar respostas as necessidades cada vez mais complexas que impactam diretamente a vida tanto dos sujeitos como das famílias no processo de saúde e doença. Neste sentido, através de realização vivida no cotidiano do setor de radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), bem como toda uma análise institucional e documental nos deparamos com a portaria que trata de um direito que não conseguiu se consolidar na sua integralidade diante da realidade dos municípios. Este trabalho vem apresentar o conceito e a legislação para a temática do TFD, considerado um instrumento que visa garantir o tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria garante que quando a cidade de origem não apresenta as condições técnicas de tratamento e encaminha o usuário aos centros de média e alta complexidade, no caso ao HUSM poderia ser acionada. Dos municípios que compõe a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, percebemos que a rede de atendimento é formada basicamente pela atenção básica e que sua ampla maioria não dispõe de recursos para este fim, ficando a cargo do estado em garantir este direito. A partir das aproximações com a realidade dos atendimentos no contexto do SUS buscou-se compreender e aprimorar conhecimentos da funcionalidade do Sistema como ferramenta na conquista dos direitos sociais, adquiridos através de luta, organização e reivindicações da sociedade brasileira sobre os direitos relacionados a saúde e seu acesso.

Palavras-chaves: Tratamento Fora de Domicilio. Processo de trabalho. Usuários SUS. Radioterapia

ABSTRACT

Course Final Paper
Social Service Course
Federal University of Santa Maria

SOCIAL SERVICE IN RADIATION THERAPY AT SANTA MARIA UNIVERSITY HOSPITAL: TREATMENT OUT OF THE MUNICIPALITY - A RIGHT TO BE GUARANTEED FOR THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS OF HUSM

AUTHOR: DIRLEI AGNES
SUPERVISING TEACHER: PROF. JAIRO DA LUZ OLIVEIRA, PH.D.
Santa Maria, November 30th, 2015

This work, through the lived experience during training period, had an intention of understanding and Learning to practice the performance of professional social work in contact with various situations that portray social issues, the radiotherapy treatment, sometimes happen, involving family with a disease and his treatment. The lack of resources and primarily the difficulties encountered for patients that do treatment outside address linked to fragility of Health Services to give answers to the needs who are more and more complex directly impact the lives of both the Subject Since none of families health and disease process. In sense, through situations at HUSM radiotherapy sector everyday and discovery of ordinance who treat one right which not managed to consolidate faced the reality of the municipalities, this work comes to present the concept and the Legislation of the paragraph topic of treatment outside of household , considered an instrument that aims ensure the treatment by the national health system, when the source city not presented as technical conditions for processing and forwards the user to media and high complexity centers, in case at the University Hospital of Santa Maria. Municipalities that makes the 4th Regional Coordination of health, we can observe a fulfillment network and formed basically Attention For the basic and most Wide que your not boasts resources to this end, staying by the State to guarantee this right. On the basis of approaches to the reality of care in the context of the Unified Health System – SUS we look understand and improve the functionality of the Knowledge System as a Tool in the conquest of social rights, through bought fighting, organization and demands of Brazilian society.

Keywords: Treatment out of the municipality. Work process. SUS users. Radiotherapy.

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice a – Valor das diárias pagas ao TFD conforme art. 11 da Portaria SAS n.º 55 de 1999	36
Apêndice B – Entrevista de acolhimento	38
Apêndice C – Questionário de auxílio	40
Apêndice D – Distância entre Santa Maria e municípios da 4ª CRS	41
Apêndice E – Fotos	42
Apêndice E – Fotos	43

LISTA DE SIGLAS

Aapecan -	Associação de Apoio a Pessoas com Câncer
AIDS -	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Assufsm -	Associação dos Servidores da UFSM
Cfess -	Conselho Federal do Serviço Social
CLT -	Consolidação das Leis Trabalhistas
Consu -	Conselho Universitário
CPMF -	Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira
CRS -	Coordenaria Regional de Saúde
DCE -	Diretório Central de Estudantes
Ebserh -	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GPAB -	Gestão de Atenção Básica
HUSM -	Hospital Universitário de Santa Maria
INSS -	Instituto Nacional do Seguro Social
LOAS -	Lei Orgânica da Assistência Social
MEC -	Ministério da Educação
ONGs -	Organizações Não Governamentais
PNH -	Política Nacional de Humanização
SAI -	Sistema de Informações Ambulatoriais
Sedufsm -	Seção Sindical dos Docentes da UFSM
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCU -	Tribunal de Contas da União
TFD -	Tratamento Fora de Domicílio
UFSM -	Universidade Federal de Santa Maria
UTI -	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 O ESPAÇO DA PRÁTICA DO ESTÁGIO I E II	12
2.1 Hospital Universitário de Santa Maria	12
2.2 O serviço de radioterapia no HUSM e o Serviço Social	15
3 O CONTEXTO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E SEUS REBATIMENTOS NO COTIDIANO DA VIDA DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE RADIOTERAPIA DO HUSM	20
3.1 Sistema Único de Saúde.....	20
3.2 O projeto de intervenção: as dificuldades do acesso ao Tratamento Fora de Domicílio	25
3.3 A prática de Estágio I e II.....	28
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICES	36

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 reconheceu e garantiu o acesso universal à saúde visando absorver o atendimento a todos que necessitarem, rompendo com a lógica do antigo sistema, restrito aos contribuintes da Previdência Social. Antes de 1988, somente tinham acesso ao sistema de saúde pública os cidadãos inseridos no mercado formal de trabalho, os detentores de planos particulares de saúde, bem como as pessoas beneficiadas pela filantropia. A par do avanço registrado, é necessário ter presente e registrar as dificuldades que o sistema enfrenta pelo déficit de recursos para o desenvolvimento de programas e projetos, pela concentração de atendimentos de alta e média complexidade nas cidades de médio e grande porte e pelo número reduzido de recursos humanos disponíveis. Não há dúvidas, portanto, que a saúde pública enfrenta problemas estruturais, principalmente dentro das unidades que atendem exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, ano após ano, sofre cortes orçamentários e especificamente os hospitais universitários que sentem na ponta este reflexo, necessitando ainda se adequar a uma nova forma de administração, com a presente adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Isso atinge a saúde como um todo, desde a atenção básica, sob-responsabilidade dos municípios, até a alta complexidade, caso do setor de radioterapia, por exemplo.

Nesse sentido, faz-se necessária a compreensão da importância do papel do assistente social na área da saúde, bem como os desafios diários enfrentados por estes profissionais visando garantir a preservação da Saúde, como um Direito Fundamental previsto no rol do artigo 5º da Constituição Federal de 1988.

Na tentativa de dar visibilidade às possibilidades e desafios do trabalho do Assistente Social na área da saúde, especificamente dentro do serviço de radioterapia, na direção da defesa do acesso universal aos serviços de saúde, o presente estudo abordará, a problemática das pessoas que fazem tratamento fora de seu domicílio, suas dificuldades e desafios bem como o enfrentamento que a doença exige. Busca-se neste estudo compreender as novas realidades que se apresentam na realização do tratamento que a área médica coloca, para reverter o quadro de adoecimento do usuário do serviço de radioterapia.

Sendo este o objetivo apresentado acima iniciamos o presente trabalho apresentando o local onde se realizou o estágio curricular I e II, relatando um pouco da história da criação do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), a missão dessa instituição, voltada ao ensino e a pesquisa em saúde e o processo de adesão à Ebserh.

No decorrer deste trabalho, abordar-se-á o histórico do SUS, bem como seus princípios básicos fundamentais, as dificuldades do acesso ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e as alternativas apresentadas para a realização do tratamento. Por fim apresentaremos as conclusões finais, colocando as situações de aprendizagem durante o estágio e as reflexões realizadas e compreendidas durante este processo.

2 O ESPAÇO DA PRÁTICA DO ESTÁGIO I E II

Neste capítulo pretende-se apresentar o espaço no qual foi realizada a prática do estágio I e II, com o objetivo de demonstrar e compreender as atividades realizadas pelos profissionais que trabalham naquele local e os subsídios que envolvem esta área de saúde, com foco principalmente nos profissionais do Serviço Social, uma vez que desenvolvem suas habilidades técnico-operativas, metodológicas e ético-políticas, bem como apresentar um breve histórico da realidade do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Por fim, buscaremos compreender as demandas da radioterapia e as mudanças de gestão ocorridas a partir da assinatura do contrato com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A (Ebserh), criada por meio da Lei n.º 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Neste intuito, descrevemos abaixo um breve histórico do HUSM.

2.1 Hospital Universitário de Santa Maria

O HUSM foi fundado juntamente com a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com a finalidade de desenvolver o ensino, a pesquisa e extensão por meio de assistência à comunidade na área de saúde. Sua construção iniciou no ano de 1961 e foi concluída no ano de 1982. Suas atividades iniciaram em 1970, no prédio destinado ao Hospital Regional de Tuberculose, no centro da cidade, ao lado do Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo. Entre outubro de 1981 e julho de 1982, o hospital que funcionava no antigo prédio no centro da cidade foi transferido para o *campus* da UFSM e passou a ser chamado de HUSM.

Atualmente, é considerado referência em saúde para a região central do Rio Grande do Sul, atuando como um hospital-escola, que constitui órgão integrante da UFSM. Os atendimentos prestados a pacientes oriundos de 45 municípios são realizados nos 291 leitos da Unidade de Internação e nos 42 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), bem como nas 59 salas de ambulatório, 11 salas para atendimento de emergência, nas sete salas do Centro Cirúrgico e duas salas do Centro Obstétrico.

A missão do HUSM é “ser um referencial público de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão promovendo a saúde das pessoas”. Além disso, o hospital busca desenvolver ensino, pesquisa e extensão, promovendo assistência à saúde das pessoas de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de ética e responsabilidade social e ambiental. O HUSM é um dos únicos hospitais da região central do Estado do Rio Grande do Sul que atende exclusivamente pelo SUS, ofertando serviços nas mais diferentes especialidades, que incluem transplantes de medula e rim, tratamento oncológico e radioterapia.

O Hospital Universitário, em mais de 40 anos de atuação, é responsável por diagnosticar e tratar diversas enfermidades, sempre procurando aliar a tecnologia a uma equipe de profissionais e estudantes treinados e atualizados. É responsável, também, por várias pesquisas clínicas na área biomédica e pela formação de grande número de profissionais da saúde em nível de graduação e pós-graduação.

A equipe de saúde do HUSM é composta de servidores com formação em nível médio e superior, funcionários terceirizados, docentes das diferentes áreas da saúde, bem como estagiários, residentes, mestrandos e doutorandos.

O HUSM estava vinculado ao Ministério da Educação (MEC) e ao Ministério da Saúde, hoje está sob a gerência da Ebserh, criada por meio da Lei n.º 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Possui 1209 servidores via Sistema Jurídico Único e, em abril de 2014, realizou concurso pela Ebserh para 827 novas vagas para servidores que estão sendo chamados para assumir seus respectivos cargos, dentre os quais se encontram sete (07) Assistentes Sociais.

A Ebserh é uma Empresa Pública, vinculada ao MEC, responsável pela gestão de hospitais universitários federais, e tem dentre suas atribuições à recomposição do quadro de pessoal e a coordenação dos processos de compra de equipamentos e insumos médico-hospitalares, com a missão de continuar a desenvolver o ensino, a pesquisa e a extensão, promovendo assistência à saúde das pessoas, respeitando os princípios do SUS.

Seu processo de adesão ao HUSM não ocorreu de forma tranquila e unânime, pois nas reuniões do Conselho Universitário (Consu) que pautavam o assunto, a Seção Sindical dos Docentes da UFSM (Sedufsm), a Associação dos Servidores da UFSM (Assufsm) e o Diretório Central de Estudantes (DCE) se posicionaram contrários a esse acontecimento.

A assinatura do contrato ocorreu após uma tensa reunião do Consu, com a presença de manifestantes, em sua maioria contrária à adesão da empresa, e da direção do HUSM, de empresários da cidade e da União das Associações Comunitárias, favoráveis à mudança. A reunião que pautava a aprovação acabou sendo suspensa pelo então reitor da Universidade, Felipe Müller, após esta ser ocupada por manifestantes. O reitor assinou a adesão sem a aprovação do referido conselho, o que gerou manifestações de repúdio diante da medida, considerada autoritária.

Esta foi uma pauta dura em um contexto de país que busca reafirmar um processo de Democracia Social já que a maioria dos hospitais vinculados às Universidades Federais assinaram o contrato sob forte pressão do governo federal e manifestações contrárias da comunidade, a exemplo do que aconteceu em Santa Maria - RS. Necessário registrar o posicionamento contrário do Conselho Federal do Serviço Social (Cfess) por entender que a empresa representava um modelo de gestão privatista, “embrulhado” em um discurso de modernização da gestão, pondo fim ao modelo do Regime Jurídico Único, vez que as novas contratações dar-se-ão via Consolidação das Leis de Trabalho (CLT).

Nesse contexto há certo receio, pois se acredita que diferentes formas de contratações empregatícias, dentro de um mesmo ambiente de trabalho, são passíveis de gerar diversos conflitos trabalhistas. Nesse sentido, Machado (2005, p. 272) coloca que:

O processo de trabalho e o mundo do trabalho estão se transformando de forma significativa, alterando a modalidade de inserção e os vínculos empregatícios, a forma de remuneração e, muito fortemente, o modo de trabalhar, configurando-se em áreas competitivas, individualizadas e em ambientes pouco saudáveis.

É nesta lógica de fragilização do sistema público, e levando-se em consideração que a saúde está defasada, precária, insuficiente de recursos, vão surgindo diversas propostas para retirar do Estado a obrigação de prestar a saúde aos cidadãos brasileiros, visando a privatização da saúde. No entanto, é sabido que a população, desprovida de recursos financeiros, ficará impossibilitada de obter acesso a uma saúde de qualidade. No ponto abaixo descreveremos sobre o espaço da prática de estágio I e II o serviço de radioterapia e a prática do Serviço Social.

2.2 O serviço de radioterapia no HUSM e o Serviço Social

O Serviço Social se faz presente no Hospital Universitário desde o ano de 1975, mas o setor de hemato-oncologia, que envolve o serviço de radioterapia só teve a contratação de uma profissional após 20 anos, ou seja em 1995, sendo que esta atende o serviço até os dias atuais. Sabe-se que, em uma perspectiva profissional, o campo da saúde absorve um significativo número dos profissionais do serviço social, exigindo habilidades para atender os vários desafios do cotidiano, com uma prática competente, que visa a emancipação dos sujeitos, indo para além da ordem burocrática e das emergências que preenchem o ambiente hospitalar. Para que isso aconteça, o profissional deve estar embasado nas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnica-operativa, que embasam a profissão, bem como se orientar pelos valores do código de ética da profissão. No serviço de radioterapia as habilidades adquiridas durante formação, vem contribuir na atenção ao paciente e seus familiares através da escuta sensível e a leitura da sua realidade social.

Enquanto serviço, dentro do HUSM, a radioterapia tem a finalidade de atender pacientes com neoplasia encaminhados para realizar procedimentos com radioterapia, sendo referência para municípios da 4ª e 10ª região, sendo a maioria dos pacientes procedentes da cidade de Santa Maria, RS.

Ao tratamento, em específico, cabe destacar que a radioterapia constitui um método terapêutico que se utiliza de radiações ionizantes tendo como principal alvo a destruição das células neoplásicas, podendo ser usada junto ao tratamento de quimioterapia e demais recursos utilizados no tratamento de tumores. Tal método tem se mostrado eficaz, resultando no controle da doença e até mesmo na sua cura, e quando da impossibilidade desta, contribuindo em muito para a melhora da qualidade de vida dos pacientes. Isso porque suas aplicações diminuem o tamanho do tumor, o que alivia a pressão, reduzindo o risco de hemorragias, dores e outros sintomas, proporcionando alívio e conforto aos pacientes.

Enquanto serviço prestado no hospital universitário, o setor de radioterapia proporciona compromisso em relação ao ensino e a pesquisa, sendo campo de

estágio para diversas áreas da graduação e pós-graduação, como: Serviço Social, Nutrição, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Fisioterapia, entre outros.

Atualmente a equipe é composta por dois médicos radio-oncologistas, um clínico-geral, um médico residente, três físicos, três enfermeiros, três auxiliares de enfermagem, oito técnicos em radiologia, um administrador, além de recepcionistas e serventes de limpeza, estas contratadas via empresa terceirizada. Trata-se de um espaço pelo qual circulam pessoas com alto grau de angústia, em busca de tratamento a uma doença degenerativa que, se descoberta em sua fase inicial, proporcionando-se adequado tratamento, pode ser curada.

Em relação ao perfil dos usuários atendidos, percebeu-se que a grande maioria corresponde à fase adulta, o que vai ao encontro da expectativa de um novo padrão demográfico brasileiro, caracterizado pela redução da taxa de crescimento populacional e pela transformação da composição da pirâmide etária, como estimativa de vários estudos que mostram que o país terá um aumento do contingente de idosos e conseqüentemente o aumento da expectativa de vida.

Este dado não significa a exclusividade de tratamento às pessoas idosas, pelo contrário, uma vez que surpreende o grande número de casos de câncer em jovens e crianças, o que teoricamente deveria ser mais comum na velhice, ou pelo menos mais aceitável, pois as defesas naturais do corpo encontram-se enfraquecidas devido ao avanço da própria idade.

A preponderância dos idosos deve-se ainda aos avanços que a medicina apresentou ao longo dos últimos anos, com a descoberta de novos tratamentos, novas técnicas cirúrgicas e medicamentos, bem como pela implementação de programas públicos de combate a doenças como: tuberculose, síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) e câncer. Nesse sentido, pode-se dizer que o acesso à informação de massa influencia a população, que passa a manter hábitos de vida mais saudáveis, contribuindo para o aumento da expectativa de vida da população brasileira.

Nesta direção, mesmo longe do ideal, o Brasil apresentou considerável avanço na saúde, se comparado com as décadas anteriores. Os programas de saneamento básico foram ampliados, fornecendo-se rede de água tratada e de esgoto a um maior número de pessoas, o que, por conseqüência, ocasiona a

redução das doenças decorrentes da ausência dos cuidados mínimos com relação à saúde.

Pode-se dizer que há uma dicotomia na forma de viver. Se por um lado tivemos grandes avanços na medicina, o que proporcionou o prolongamento da vida humana, do outro lado há uma busca incansável pelo “ter”, consequência da sociedade capitalista que vivemos, o que gera diversas consequências “perigosas”. Os altos níveis de *stress*, alimentação inadequada e sedentarismo contribuem para o surgimento de mutações genéticas malignas ao longo da vida, aumentando, por consequência, o risco de aparecimento de câncer e outras tantas doenças.

Conforme auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em 2010, o Brasil, além do processo de envelhecimento, vem sofrendo outras mudanças relevantes em seu perfil demográfico e epidemiológico, consequência, dentre outros fatores, do processo de urbanização, industrialização, bem como dos avanços da ciência e tecnologia. E essas novas características, unidas a novos hábitos e estilos de vida que configuram-se em fatores de risco deste mundo contemporâneo.

Sabendo que o câncer é atualmente a segunda principal causa de mortalidade no Brasil, se faz necessário alertar a sociedade como um todo, para que as políticas estatais levem em consideração a prevenção e o diagnóstico, viabilizando, com uma maior eficiência, tratamentos mais modernos e eficazes.

O trabalho do Assistente Social tem papel fundamental em relação ao atendimento prestado aos usuários deste serviço. Como principal função destaca-se: o encaminhamento sobre seus direitos e benefícios, integrando-o à rede de serviços, mediando situações com a equipe profissional. Neste sentido, para subsidiar os usuários nestas solicitações fez-se uso de cartilha elaborada por estudantes do curso de Serviço Social da UFSM, na ocasião de estágio em semestre anterior. A mesma foi produzida em grande número e distribuída na sala de espera com intuito de divulgar o Serviço Social na instituição, contendo informações sobre os direitos das pessoas com câncer.

As principais demandas no serviço de radioterapia, referem-se às solicitações de auxílio-doença, aposentadoria, acesso a medicamentos, transporte social gratuito, e o encaminhamento a instituições não-governamentais quando houver carência em relação a necessidade de hospedagem.

Para estes encaminhamentos, primeiramente o Assistente Social se utiliza da escuta. Quando esta escuta é qualificada, o verdadeiro acolhimento acontece, favorecendo a construção de uma relação de confiança, vínculo necessário para o protagonismo do paciente. A partir daí acontece o que está previsto na Política Nacional de Humanização (PNH), isto é, a saúde perpassa o aspecto orgânico e o sujeito é fortalecido como sujeito ativo.

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção Básica (PNH) é uma estratégia de fortalecimento do Sistema Público de Saúde, em curso no Brasil desde meados de 2003. Seu propósito é o de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da Humanização como política transversal na rede e afirmando a indissociabilidade de modelo de atenção e de gestão (BRASIL, 2008).

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

Nesse sentido, expõe Serra:

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

Outra particularidade do serviço social nos serviços de radioterapia é o trabalho, em conjunto, com outros profissionais, formando uma equipe interdisciplinar, que visa dialogar com opiniões diversas, objetivando prestar assistência de melhor qualidade para todos os usuários dos serviços.

Nesse sentido:

Para efetivar a chamada interdisciplinaridade é fundamental para qualquer profissão ater-se para o fato de que não se encontra isolada de outras profissões, além disso, ter a plena consciência de que para bem interagir com as mesmas, é sempre necessário saber definir e ser competente em seu campo. Este é um elemento fundamental para que haja, de fato, troca entre os saberes – o que define a equipe interdisciplinar (CARVALHO, 2012, p. 75).

Além disso, deve-se proporcionar o bem estar aos usuários assistidos, com a preservação de seus direitos. Por fim, há que se ressaltar que os princípios éticos e políticos inerentes à profissão também deverão ser respeitados, pois são essenciais para a prestação de um serviço de qualidade. No sentido de se poder compreender e analisar a realidade sobre seu objeto de intervenção que é a questão social e como ela se apresenta o Assistente Social busca através do método dialético crítico a compreensão sobre seu objeto de intervenção a especificidade que materializa a questão social¹, através de suas categorias de análise, conforme Turk (2012, p. 13):

Historicidade como processo que compreende a processualidade dos fatos, sua provisoriedade e seu movimento permanente de superações;
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;
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.

A autora acima destaca ainda que a categoria Contradição é fundamental para o serviço social, porque define a própria existência do serviço social. Sem a apropriação deste conceito a autora refere que

O serviço social retorna às suas origens de subserviência e de complementaridade de outras profissões. Retorna aos fundamentos de assistencialismo para dar conta de um social reduzido às carências e também da subalternidade para explicar o social a partir da patologia ou da culpabilização dos sujeitos e de suas famílias. Logo, para se apropriar da categoria contradição é necessário não negar seu passado e a intencionalidade de sua criação. Porque para uma profissão que tem o social como seu espaço de atuação, é necessário, antes de tudo, superar o reducionismo de leitura do social (TURK, 2012).

Assim, o trabalho do assistente social no âmbito da saúde tem foco na emancipação do ser humano, intervindo de forma crítica à favor da transformação social. Para ampliarmos nossas reflexões após situarmos o espaço da prática apresentaremos de forma ampliada como a saúde pública no Brasil vem se configurando após a Constituição de 1988, demarcando seus avanços e dificuldades através do SUS.

¹ Questão Social “é o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim, está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho” (CERQUEIRA FILHO, 1982, p. 21).

3 O CONTEXTO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E SEUS REBATIMENTOS NO COTIDIANO DA VIDA DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE RADIOTERAPIA DO HUSM

Com o advento da Constituição de 1988, o Brasil passou a ter uma reorientação política e institucional em relação ao conceito de saúde, que passou a fazer parte de um conceito mais abrangente aliado às condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, etc.

Conforme este novo conceito, entende-se que o trabalho dos assistentes sociais visa aliar a prática com a promoção da saúde a todos, principalmente aos pacientes assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Leva-se em consideração que a área de saúde é referência de atuação do Serviço Social, tendo concentrado historicamente um grande quantitativo de profissionais.

Neste capítulo será abordado o histórico do Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição de 1988, garantido como direito de todos, com acesso gratuito, cabendo às três esferas de governo - federal, estadual e municipal - a responsabilidade de garanti-la.

Ainda neste capítulo discorre-se sobre o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), abordando seu conceito e as dificuldades dos pacientes portadores de doenças não tratáveis em seus municípios de origem, dando conhecimento da Portaria n.º 55 de 1999 do Ministério da Saúde, de modo a garantir a cidadania aos usuários em tratamento de radioterapia. Pretende-se, ainda sinalizar seu direito em relação a esse benefício, visando amenizar os problemas gerados pelo seu deslocamento, pela ruptura afetiva e cultural temporária vivenciada e pela própria enfermidade.

3.1 Sistema Único de Saúde

A Constituição de 1988 é o principal marco da garantia dos direitos e deveres dos cidadãos, bem como do poder público.

Com a Carta de 1988 uma história se rompe. Há a transição de um Estado autoritário, intolerante e repressivo para um Estado Democrático de Direito. Após este período tivemos grande avanço no que se refere a Seguridade Social, com a integração dos direitos à Saúde, a Assistência e a Previdência no rol dos direitos

sociais elencados no artigo 6º da Constituição Federal do Brasil: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e a infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 2000; 2010).

O período ditatorial que antecedeu a promulgação da Constituição de 1988 adotava um modelo social com ênfase em ações curativas, e assim não contemplava um conceito mais abrangente de Seguridade Social. Conforme Pierdoná (2008), a Seguridade Social, um sistema de proteção social previsto na Constituição Federal, tem como objetivo proteger, por meio de ações de saúde e de previdência e assistência social, todos os cidadãos em situações geradoras de necessidades.

Pode-se dizer que é o principal instrumento criado pelo Poder Constituinte Originário para estabelecer direitos e garantias fundamentais em consonância com os objetivos do Estado brasileiro. Nesse contexto tem se como foco principal a erradicação da pobreza, da marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais, objetivando construir uma sociedade livre, justa e solidária.

A efetivação da Seguridade Social se dá com base no princípio da solidariedade, uma vez que o financiamento do referido sistema está a cargo de toda a sociedade. Tal princípio está inserto no artigo 195 da Constituição Federal, o qual estabelece a participação de toda a sociedade de forma direta e indireta.

Conforme Pierdoná (2008) o financiamento direto é efetivado com a destinação de recursos do orçamento dos entes federativos, assim como recursos oriundos de concursos públicos realizados pelo poder público. A forma direta de participação da sociedade se dá através das contribuições sociais pagas por pessoas físicas e pessoas jurídicas de todo o território brasileiro. Ressalte-se que somente aquelas pessoas que contribuirão para a Previdência é que terão acesso aos benefícios previdenciários. De outro lado, há também a concessão de benefícios assistenciais, os quais são de caráter não contributivo, e estão previstos na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 1993b).

Embora faça parte do tripé da Seguridade Social Brasileira – previdência, saúde e assistência social – elas apresentam diferenças entre si, pois a assistência é destinada a todos de que dela necessitarem, desde que preenchidos os requisitos exigidos pela LOAS, de outro lado, a previdência será destinada apenas àqueles

trabalhadores que contribuïrem mensalmente com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), fazendo assim jus ao benefïcio, quando preenchidos os demais requisitos. Por fim, diga-se que a saúde é destinada a todos os cidadãos, independente de qualquer contribuiçãõ específica.

Dos elementos da Seguridade Social, a saúde foi a que mais se destacou com a implementaçãõ de polïticas sociais mais intensas e efetivas. A criaçãõ do SUS gerou grande impacto na realidade brasileira. Tal sistema destaca-se por ser universal, ou seja, beneficiando todos os usuários, sem qualquer tipo de distinçãõ. A partir desse momento rompe-se com aquele antigo conceito de “indigente” - classificaçãõ aos brasileiros que não tinham trabalho formal e não pagavam a previdência. Pode se dizer que a implementaçãõ do SUS é uma conquista de todos os cidadãos brasileiros, reflexo de mobilizaçãõ de diversos segmentos da sociedade.

O conceito de saúde vem sofrendo algumas exigências no sentido de ampliar as discussões sobre o tema, principalmente dentro da comunidade científica e profissional, no intuito de não se levar em consideraçãõ apenas os aspectos físicos do indivíduo, mas, além disso, fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, uma vez que também determinam as condições de saúde do indivíduo como um todo.

Conforme o Art. 3º da lei do SUS, o conceito passa a ser mais abrangente:

A Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentaçãõ, o trabalho, a renda, a educaçãõ, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviçõs essenciais: os níveis de saúde da populaçãõ expressam a organizaçãõ social e econômica do país (BRASIL, 1990a).

Os princípios básicos fundamentais do SUS são: a Universalidade, cabendo ao Estado garantir as condições ao seu acesso em todos os níveis de sua complexidade; a Equidade, pois as diferençãs da populaçãõ passam a ser tratadas e respeitadas, analisando-se o ser humano em seu conjunto, incluindo o seu modo de viver, de adoecer, as necessidades da alimentaçãõ, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educaçãõ, transporte e lazer, bem como o acesso aos bens e serviçõs essenciais. Por fim, a Integralidade, que garante o conjunto articulado de ações e serviçõs preventivos em todos os níveis de complexidade, englobando os serviçõs de promoçãõ, proteçãõ e recuperaçãõ em saúde.

Como se percebe, tais princípios fundamentais vão ao encontro dos princípios norteadores da dimensãõ ética e polïtica do serviçõ social, que se posiciona em

favor da equidade e justiça social, objetivando assegurar a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática, tendo por base a Lei 8662/93 (BRASIL, 1993a).

No final dos anos de 1970, sob um regime ditatorial, o país apresentava grave crise econômica, que repercutia diretamente na qualidade de vida da população. Naquela época os problemas decorrentes em razão da precariedade da saúde brasileira eram latentes. Em oposição aos defensores da medicina curativa, surgiram pessoas contrárias, que reivindicavam melhorias e uma maior atenção à saúde, por parte dos entes estatais. A partir daquele momento foram levantadas bandeiras por melhoria nas condições de prestação de saúde para população, passando-se a reconhecer a saúde como direito social universal, consolidando ademais o movimento pela reforma sanitária.

Em 1986, na Conferência Nacional de Saúde, com a participação da comunidade nas discussões, deu-se a base para a reformulação da Constituição Federal de 1988. Tal conferência é considerada o grande marco na trajetória da política pública de saúde no Brasil, que foi conquistada com muita luta, após intenso debate, com a presença dos usuários dos serviços de saúde, bem como por funcionários da área da saúde e entes estatais.

No dia 5 de outubro de 1988 foi promulgada a denominada “Constituição Cidadã”. Na Carta de 1988 foram redefinidas as políticas prioritárias do Estado na área de saúde pública, principalmente com a criação do SUS, o qual foi regulamentado efetivamente em 1990, quando da aprovação da Lei 8.080/90.

Ainda na década de 1990, durante a IX Conferência Nacional de Saúde discutiu-se o caminho da municipalização da saúde, sendo proposta uma nova relação entre todas as esferas de governo: federal, estadual e municipal, visando a maior interação entre os entes federados, com o objetivo de melhorar a qualidade da saúde prestada a população. Naquele período o país atravessava uma crise econômica e sofria um ajuste fiscal, a saúde era o foco das contenções financeiras, e os gestores municipais, com mais autonomia e menos recursos, se “viram” dependentes do setor privado.

A consolidação do SUS se dá paralelamente à implementação das políticas neoliberais, fugindo da privatização das políticas públicas, e se consolidando como um dos maiores programas públicos de saúde do mundo.

Nesta linha, Mendes, Lewgoy e Silveira (2008, p. 137) sinalizam:

O SUS é um sistema universal, de que é usuária toda a população brasileira, rica ou pobre. Mesmo os que não o utilizam, dele se beneficiam por meio das campanhas de vacinação, ações de prevenção e de vigilância sanitária (como o controle de sangue e hemoderivados, registros de medicamentos e outros) e de eventual atendimento de alta complexidade, assumido pelos hospitais públicos universitários, onde se encontram os melhores especialistas, quando é recusado pelos planos particulares de saúde.

Com as reformas econômicas de 1994, e a implementação do denominado “Plano Real”, o Estado tinha por objetivo tornar a economia mais estável, o que por consequência possibilitaria a implementação de medidas para garantir a prestação de uma saúde pública de qualidade e gratuita.

No ano seguinte, com a posse do Presidente Fernando Henrique Cardoso, numa lógica privatista foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), com o objetivo de aplicar os valores arrecadados na saúde pública, no entanto, tais recursos que não foram investidos integralmente na saúde. Essa situação gerou intensas críticas por parte da sociedade, uma vez que esta se sentiu prejudicada com a criação de um mais um tributo, cujos recursos não foram aplicados exclusivamente no setor – saúde - para o qual foi criado. Ainda que a utilização dos instrumentos tributários não tivessem os efeitos esperados para o pleno desenvolvimento de uma política de saúde, o SUS garante-se com uma política pública de tal maneira que é modelo de gestão em saúde para vários países.

Segundo Fierman (2007), apesar de vários avanços, o SUS ainda apresenta algumas dificuldades porque a saúde ainda não é considerada um direito efetivo. A população ainda não consegue ter acesso aos serviços de forma plena e quando tem, é fornecido com baixa qualidade.

Por tal razão se faz necessário o fortalecimento da participação popular, bem como um efetivo controle social, através dos conselhos de saúde. Nesse sentido, a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, prevê a participação de um conselho, em caráter permanente e deliberativo, representado pelo Governo (em cada uma de suas esferas), além de prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, que atuam na formulação das políticas públicas e no controle social, realizando a

fiscalização, regulação e gerenciamento das ações no âmbito da saúde, visando garantir a prestação de um serviço de qualidade, defendendo os interesses da população usuária (BRASIL, 1990a).

Sabemos que a realidade do SUS está muito aquém do esperado. A demora nas consultas e realização de exames, seja no atendimento básico, ou nos procedimentos na média ou alta complexidade, ainda deixam muito a desejar, o que causa grande descontentamento na população usuária. Assim, precisamos reforçar a necessidade de que o sistema deve ser fortalecido, ultrapassando a discussão mesquinha de que se trata de uma política de Governo, para uma discussão mais efetiva, pois se trata efetivamente de uma Política Pública de Estado.

Assim, comemorar a promulgação da Constituição Brasileira, não a exime de críticas. Apesar dos anos transcorridos desde 1988, ainda mantemos um grande déficit social, principalmente porque há uma grande concentração de renda na “mão” de um percentual mínimo da população. Para piorar a situação do país não podemos esquecer dos desvios de valores públicos (há um grande número de denúncias de corrupção praticada pelos políticos brasileiros), além do descaso com os setores públicos (educação, segurança, saneamento básico, moradia, etc), dos quais dependem, principalmente, as pessoas mais pobres.

Nesse contexto, o trabalho do assistente social se destaca. Para tanto, o profissional desta área deve conhecer tais políticas públicas, dominando o conhecimento teórico e prático, com o intuito de viabilizar, através das redes de atenção, o melhor atendimento ao usuário, foco principal desse profissional.

3.2 O projeto de intervenção: as dificuldades do acesso ao Tratamento Fora de Domicílio

Passados 25 anos da promulgação da Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, há, ainda, muito a se avançar para consolidar direitos e garantir a todos os cidadãos o acesso universal aos serviços de saúde, incluindo o pagamento das despesas para o deslocamento em caso de TFD, garantido pela Portaria SAS n.º 55, de 24 de fevereiro de 1999 (BRASIL, 1999). Essa portaria, por ser desconhecida por boa parte dos usuários do SUS, faz com que estes se desloquem ao tratamento com

recursos próprios, afetando a sua situação econômica e precarizando ainda mais a sua condição de doente.

O TFD estabelece, assim, que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do SUS, para tratamento fora do município de origem, serão cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS, observando o teto financeiro definido para cada Município ou Estado. Ele é concedido quando todos os meios de tratamento do município de origem forem esgotados, ou quando o paciente deva ser referenciado a um centro de média ou alta complexidade. Tal sistema tem por objetivo arcar com os custos de alimentação e pernoite dos pacientes e seus acompanhantes, quando se fizer necessário.

Por alta complexidade entende-se:

O conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Os procedimentos de alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia (BRASIL, 2005, p. 27).

Além das consultas, tratamentos ambulatoriais e cirúrgicos, concessão de passagens aos usuários dos serviços, e aos seus acompanhantes, há a concessão de valores para auxílio na alimentação e hospedagem. Ressalte-se que o programa – TFD - também se responsabiliza pelas despesas decorrentes do óbito de usuários.

Através do acolhimento aos usuários e seus familiares, observou-se que muitos não sabiam da existência desta portaria. Grande maioria que procurava o Serviço Social, vinha para solicitar vaga nas casa de passagens durante o tratamento, visto que vinham de outras cidades e necessitavam além do alojamento, um lugar para fazer as refeições.

Os benefícios do TFD são concedidos após a análise socioeconômica do paciente, que será efetuada pelo Assistente Social do município de origem, vinculado à rede pública. Desnecessário frisar o quão imprescindível é a seriedade no encaminhamento deste processo, por parte dos profissionais, para que o usuário obtenha êxito na busca ao seu tratamento, pois a ausência das devidas providências

podem se tornar um fator agravante ao problema de saúde, e até mesmo transformar-se em mais um problema social.

É direito do paciente solicitar a concessão deste benefício quando seu município de origem ultrapassar 50 quilômetros de distância da cidade de Santa Maria (Apêndice E).

O custeio das despesas é atribuído as Secretarias de Saúde dos municípios no qual o paciente reside. Para tanto será utilizada a tabela de procedimentos do SAI-SUS, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária. Porém, quando estes não forem habilitados em gestão plena do sistema, pois estão em Gestão de Atenção Básica (GPAB), a competência ficará a cargo da Comissão Estadual de TFD a qual está vinculado o município, no caso, para a 4ª Coordenaria Regional de Saúde (CRS), responsável pelos deslocamentos interestaduais.

Existem grandes dificuldades, mesmo no âmbito da 4ª CRS, em garantir o ressarcimento dos valores aos municípios. Isso se dá porque o valor é repassado pelo estado, porém quando o gasto do município for superior, o excedente não será repassado, sob o argumento de que existe um valor preestabelecido para cada município, de acordo com o número de habitantes.

Destaque-se que o direito do TFD progride juntamente com SUS, no entanto há muito o que ser aprimorado. O TFD ainda precisa se consolidar na ótica dos Direitos Sociais, os quais são garantidos pela Constituição. Ainda há muito o que ser aprimorado, pois o objetivo do programa é atender todos os pacientes que necessitarem do serviço, sempre mantendo a qualidade, com a finalidade de atingir a satisfação de todos os usuários.

Por fim, frise-se que o Sistema Único de Saúde não deve ser privatizado, como defendem muitos setores da comunidade. Tal situação configuraria um retrocesso de proporções imensas, pois se o SUS fosse privatizado, os cidadãos seriam extremamente prejudicados, uma vez que o acesso à saúde de qualidade ficaria restrito às pessoas de maior poder aquisitivo.

3.3 A prática de Estágio I e II

Durante o desenvolvimento do Estágio Supervisionado I e II, observou-se que alguns usuários apresentavam dificuldades financeiras, onde a vulnerabilidade aparece relacionada a processos de exclusão. Ao tratamento, estes usuários chegam referenciados pela 4^o CRS ou por clínicas médicas do próprio Hospital Universitário, que fazem a referência e a contra referência.

Para reconhecer esse usuário, desenvolveu-se um novo instrumento de acolhimento com base ao anterior, onde acrescentaram-se mais informações, buscando levantar as dificuldades e particularidades de cada usuário, no intuito de realizar os encaminhamentos possíveis, sempre com base na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que assegura:

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

A partir deste acolhimento, reconheceu-se que a demanda de vagas nas casas de passagens era maior que a oferta de vagas e almejando uma alternativa, buscou-se dar visibilidade da existência da portaria do TFD, embora reconhecer as dificuldades ao seu acesso.

Para a comprovação das informações de que nenhum município garantia este direito, foi elaborado um questionário (Apêndice C) enviado aos municípios, através dos próprios pacientes. Os retornos atestaram a falta deste acesso e comprovaram que em ampla maioria os municípios concedem o transporte a seus pacientes, não se responsabilizando pela alimentação e bem estar do usuário enquanto um todo, durante o tratamento. Foram encaminhados questionários as Prefeituras dos seguintes municípios: Caçapava do Sul, Faxinal do Soturno, Jaguari, Agudo, São Francisco de Assis e São Vicente do Sul.

Os retornos contendo as informações vieram devidamente assinados pelos Secretários Municipais de Saúde, Diretores de Unidades Básicas de Saúde e responsáveis do agendamento.

Outro fato relevante, relacionado ao TFD, se dá quando o usuário, diagnosticado com qualquer tipo câncer, é o provedor da família. Isto exige que o mesmo se afaste de suas relações de trabalho, ocasionando um desequilíbrio emocional e financeiro em seu grupo familiar. Por si só o tratamento é penoso e o afastamento do paciente de sua atividade profissional, que gera a subsistência da família, faz com que este sinta-se excluído e incapaz. Esta perda gera um sentimento de angústia e atinge diretamente sua auto-estima, agravando de forma profunda o seu estado emocional, o que prejudica o tratamento da doença.

Frente a esta situação, o usuário se depara com o fato de ter que deixar sua cidade, mesmo que por poucos dias, pois geralmente retorna para sua casa aos finais de semana. E frente a essa nova realidade o paciente deve se adequar. Em alguns casos, o paciente traz algum acompanhante, sempre importante para amenizar o sentimento de isolamento que assola os enfermos.

A grande maioria dos usuários provém de cidades pequenas, e cultuam um modo de viver bem peculiar, mantendo hábitos rurais.

Neste sentido Durham (1984, p. 184) preceitua que:

O Migrante rural que chega pela primeira vez numa grande cidade encontra uma situação completamente diferente, ante a qual os padrões de comportamento que constituem o seu equipamento cultural tradicional. Faz-se necessário um ajustamento inicial que se apresenta como reconstituição do seu universo.

Com relação com o cuidador – acompanhante -, que também se depara com mudanças em sua realidade, Durham afirma que:

O grupo de relações primárias, especialmente a unidade doméstica e o grupo de parentes mais próximos constitui ainda, mesmo no universo urbano, a unidade fundamental de vida social, pois é a única na qual a participação continua a envolver, necessariamente a totalidade da pessoa. É portanto, o único grupo que pode dar, ao indivíduo, o tipo de apoio incondicional que a insegurança da situação de mudança torna tão necessária [...] é a família e o grupo de parentes que constituem ainda o grupo assistencial por excelência se apresentam como indispensáveis inclusive a segurança econômica dos indivíduos” (1984, p. 189-190).

Durante a realização de estágio curricular, teve-se a oportunidade de conhecer os espaços que recebem os usuários de outras cidades, buscando conhecer estas instituições e seus funcionários, para estabelecer uma melhor

relação durante os encaminhamentos. Além dos leitos dos pacientes e acompanhantes, estas instituições também oferecem alimentação a quem não tem condições financeiras de arcar com este tipo de despesa. Algumas se mantêm exclusivamente através do trabalho voluntário da comunidade em geral, obtendo os recursos para sua manutenção através de doações da população e algumas possuem serviços de telemarketing, parcerias, campanhas e promoções. Como o TFD mantém muitas deficiências, os pacientes, usuários do SUS, recorrem a essas alternativas. Ficam na casa de parentes ou de amigos que residem em Santa Maria, ou buscam o auxílio disponibilizado por Organizações Não Governamentais (ONGs). Em Santa Maria existe, para estes atendimentos, a Casa Maria, Centro de Apoio a Criança com Câncer, Leon Diniz, Associação de Apoio a Pessoas com Câncer (Aapecan) e a Casa Vida.

ONG- Organização Não-Governamental. São todas as organizações, sem fins lucrativos, criadas por pessoas que trabalham voluntariamente em defesa de uma causa, seja ela, proteção do meio ambiente, defesa dos direitos humanos, erradicação do trabalho infantil etc. (SIGNIFICADOS.COM.BR, 2015).

Temos ainda a realidade dos usuários que não se hospedam nas casas de passagem, e que se deslocam para as suas cidades de origem, diariamente, devendo, porém permanecer no Hospital universitário até a hora de retornar, ou seja, até o momento em que o último paciente de sua cidade for liberado. Sem condições financeiras de fazer suas refeições em um restaurante alimentam-se de lanches vendidos por trabalhadores informais, sem qualquer tipo de inspeção sanitária, o que é prejudicial a sua delicada saúde. Os usuários que estão sob tratamento oncológico, são orientados a ter cuidados especiais no preparo e consumo de alimentos, pois a alimentação adequada pode ser fundamental para melhorar a resposta ao tratamento.

Para finalizar, registramos a necessidade de manter um profissional Assistente Social no quadro fixo de funcionários do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), junto ao serviço de radioterapia, buscando humanizar cada vez mais o serviço hospitalar, tornando o ambiente mais agradável aos pacientes que estão em tratamento e desejando que o TFD se consolide como direito de fato, bem como diz a mestra maior do Serviço Social: “É na cotidianidade da vida que a história se

faz. É aí que se forjam vulnerabilidades e riscos, mas se forjam também formas de superação” (MARTINELLI, 1995).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o Serviço Social, o acesso a portaria do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), vem ao encontro da pauta de discussões que a profissão admite na intenção de tencionar a política de saúde em direção aos ideais da reforma sanitária e do projeto ético- político profissional. As vivências no estágio possibilitaram perceber como tem ocorrido o acesso ao Sistema único de Saúde (SUS), vivenciado nas situações dos usuários do serviço de radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), tendo a convicção de que há muito a ser realizado, na perspectiva de atender a todos com qualidade e com o objetivo de desconstruir o senso comum de que o SUS esteja falido, pois este é um argumento forte para privatizar um serviço que atende milhões de pessoas que necessitam dele.

O estágio foi realizado em duas manhãs por semana, tendo no fator tempo um problema por não proporcionar o acompanhamento ideal aos usuários e familiares, mas a clareza de que foi um rico processo de ensino e aprendizagem de extrema importância ao crescimento profissional alicerçado no Projeto Ético-Político da Profissão.

O trabalho do Assistente Social no setor de radioterapia exige que o profissional conheça a rede de atendimentos do município e outros serviços, tais como as Organizações Não Governamentais (ONGs) para encaminhar o usuário quando este necessitar de ajuda. É preciso ainda que o profissional tenha embasamento teórico sobre as doenças ali tratadas para desmistificar o sinônimo de morte, auxiliando os que ali estão em tratamento, família e componentes próximos deste usuário que se desestruturam emocionalmente e que enfrentam um preconceito social.

Em relação ao TFD, fica claro que o assunto não se esgota, sendo possíveis outras abordagens no que tange ao cotidiano das relações que os usuários mantêm com os serviços. Esse é um debate que tem o desafio de oferecer pistas para a adequação dos serviços às necessidades da população, de forma que o direito se reverta em saúde definitivamente. Por fim, avalia-se como satisfatório o aprendizado construído dentro de um serviço público que tem uma estrutura adequada a realização dos procedimentos, bem como a qualidade nos atendimentos, que atende 100% SUS, com o compromisso ético-social de lutar sempre pela sua permanência

e efetivação, bem como respeitar e promover a cidadania dos usuários, vendo-os como sujeitos titulares de direitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. **Emenda constitucional n.º 26, de 14 de fevereiro de 2000**. Altera a redação do art. 6º da Constituição Federal. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc26.htm>. Acesso em: 24 mar. 2015.

_____. **Emenda Constitucional n.º 64/2010, de 4 de fevereiro de 2010**. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. 2010. Disponível em: <<https://franciscofalconi.wordpress.com/2010/02/15/emenda-constitucional-n%C2%BA-642010-direito-a-alimentacao/>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

_____. **Lei n.º 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. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 set. 2015.

_____. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 13 out. 2015.

_____. **Lei n.º 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. 1993a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm>. Acesso em: 12 nov. 2015.

_____. **Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. 1993b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm>. Acesso em: 24 set. 2015.

_____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria/SAS/n.º 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. 1999. Disponível em:

<<http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/TFD%20arquivos%202009%20patt%20y/Portaria%20SAS%20N%C2%BA%2055%20de%2024.02.1999.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2015.

CARVALHO, F. A. O serviço social e a interdisciplinaridade. **Revista Diálogos**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 75-79, dez. 2012.

CERQUEIRA FILHO, G. **A Questão Social no Brasil** – Crítica do discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

DURHAM, E. R. A família e os parentes. In: _____. **A caminho da cidade**. São Paulo: Perspectiva, 1984. p. 183-222.

FIREMAN, T. M. V. **SUS: Avanços, Impasses e Retrocessos**. 2007. Disponível em: <www.crp15.org.br>. Acesso em: 27 nov. 2009.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Lima, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 257-84

MARTINELLI, M. L. O uno e o múltiplo: uma abordagem socioeducacional. In: MARTINELLI, M. L.; MUCHAIL, S. T. (Orgs.). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez, 1995. p. 139-151.

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

SERRA, R. M. S. **A Prática Institucionalizada do Serviço Social: determinações e possibilidades**. São Paulo, Cortez, 2000.

SIGNIFICADOS.COM.BR. **ONG**. Disponível em: <www.significados.com.br>. Acesso em: 22 fev. 2015.

TURK, M. G. **Serviço Social: Metodologia da Prática Dialética**. Porto Alegre: Graturck, 2012.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – VALOR DAS DIÁRIAS PAGAS AO TFD CONFORME
ART. 11 DA PORTARIA SAS N.º 55 DE 1999**

Descrição	Valor (em RS)
Unidade de remuneração para transporte aéreo a cada 200 milhas por paciente-acompanhante	100,00
Unidade de remuneração para transporte terrestre a cada 50 km de distância por paciente-acompanhante	3,00
Unidade de remuneração para transporte fluvial cada 50 km de distância por paciente-acompanhante	2,00
Ajuda de custo para alimentação de paciente e acompanhante quando não ocorrer pernoite fora de domicílio	10,00
Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente e acompanhante	30,00
Ajuda de custo para alimentação de paciente sem acompanhante quando não ocorrer o pernoite fora de domicílio	5,00
Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente sem acompanhante	15,00

APÊNDICE B – ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO

(continua)



Radioterapia



Data: ____/____/____

1- Identificação

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: () masculino () feminino

Religião: _____ Escolaridade: _____

Estado civil: _____ Profissão: _____

Atividade atual: _____

Situação previdenciária: _____

Endereço: _____

_____ Bairro _____

Telefone: () _____

Cidade: _____

Zona rural () Zona Urbana ()

Como se desloca ao tratamento: () carro próprio

() transporte da PM

Hospedagem: () casa de familiar () Abrigo () outro _____

Renda familiar : () sem renda () até 1 salário () de 1 a 3 salários

() acima de 3 salários Obs: _____

Situação habitacional: () casa própria () alugada

Quantas pessoas moram na casa

Nome	Idade	Vínculo	Ocupação	Salário (R\$)

APÊNDICE B – ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO

(conclusão)

Quem será o cuidador, em caso de necessidade:

Nome	Idade	Escolaridade	Telefone

2- Saúde

Fatores de risco: () hereditariedade () tabagismo () alcoolismo () outro

Doenças diagnosticadas: _____

Necessidades identificadas: _____

Possibilidades de intervenção: _____

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE AUXÍLIO



Prezado Senhor(a)
 Secretário (a) de Saúde
 Município de _____

O(A) Senhor(a) _____paciente de origem de seu município está em tratamento no Hospital Universitário de Santa Maria, realizando sessões de radioterapia. Necessitamos saber quais os auxílios que o usuário recebe do município.

- () Transporte
 () Diária para alimentação e ou hospedagem
 () Outros Quais _____

Pedimos a gentileza que estas informações retornem pelo paciente o mais breve possível.

Certos de sua compreensão desde já agradecemos.

Denise P. Schmidt
 Assistente Social

Flavio César Leite
 Assistente em administração do
 Serviço de Radioterapia

Retorno _____
Responsável pelas informações _____

**APÊNDICE D – DISTÂNCIA ENTRE SANTA MARIA E MUNICÍPIOS
DA 4ª CRS**

Agudo	70	Nova Palma	83,4
Cacequi	119	Paraíso do Sul	63,7
Capão do Cipó	204	Pinhal Grande	104
Dilermando de Aguiar	48,4	Quevêdos	77,6
Dona Francisca	57,5	Restinga Seca	57,6
Faxinal do Soturno	70	Santiago	155
Formigueiro	67,3	São Francisco de Assis	141
Itaara	16,4	São João do Polêsine	46,5
Ivorá	51,3	São Martinho da Serra	59,8
Jaquari	108	São Pedro do Sul	39
Jari	90,2	São Sepé	60,9
Julio de Castilhos	64,5	São Vicente do Sul	89,3
Mata	81,1	Silveira Martins	31,5
Nova Esperança do Sul	154	Toropi	64,4
		Unistalda	190
		Vila Nova do Sul	96,1

Fonte: Google Maps (2015).

APÊNDICE E – FOTOS

(continua)



APÊNDICE F – FOTOS

(conclusão)

